

# ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

## TROISIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

**ERNEST BESNIER**

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.  
Membre de l'Académie de médecine.

**A. DOYON**

Médecin inspecteur des eaux d'Uriège.  
Correspondant de l'Académie de médecine.

**BROCQ**

Médecin des Hôpitaux.

**A. FOURNIER**

Professeur à la Faculté de médecine.  
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

**HALLOPEAU**

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.  
Membre de l'Académie de médecine.

**G. THIBERGE**

Médecin des Hôpitaux.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

ARNOZAN, AUBERT, AUGAGNEUR, BALZER, BARTHÉLEMY, BROUSSE

CORDIER, J. DARIER, W. DUBREUILH, DU CASTEL

ERAUD, GAILLETON, GAUCHER, GÉMY, HORAND, HUDELO, JACQUET, JEANSELME

L. JULLIEN, H. LELOIR, L. LEPILEUR, A. MATHIEU, CHARLES MAURIAC, MERKLEN

MOREL-LAVALLÉE, M. NICOLLE, L. PERRIN, PORTALIER,

PAUL RAYMOND, ALEX. RENAULT,

J. RENAUT, P. SPILLMANN, TENNESON, VERCHÈRE, LOUIS WICKHAM

Secrétaire de la Rédaction :

**D<sup>r</sup> HENRI FEULARD**

Ancien Chef de Clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

Paris, 30 fr. — Départements et Union Postale, 32 fr.

TOME VI

N° 4. — Avril 1895

PARIS

G. MASSON. ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

MDCCCXCV

## CONDITIONS DE LA PUBLICATION

Les **Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie** paraissent le 30 de chaque mois.

Chaque cahier contient, outre les matières habituelles du journal, le compte rendu in extenso des séances de la **Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie**.

Les auteurs des *Mémoires originaux* insérés dans les **Annales** reçoivent gratuitement 50 exemplaires de leur travail tirés en sus, sans remaniement ni changement de pagination.

Il sera fait mention ou rendu compte de tout ouvrage relatif à la Dermatologie et à la Syphiligraphie dont deux exemplaires auront été envoyés au bureau du journal.

Adresser ce qui concerne la rédaction à M. le Dr FEULARD, secrétaire de la Rédaction, 20, rue Saint-Georges, à Paris.

---

**G. MASSON, ÉDITEUR**

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

---

# TRAITÉ DESCRIPTIF DES MALADIES DE LA PEAU SYMPTOMATOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

## ATLAS DE 54 PLANCHES

Comprenant 212 dessins reproduits en couleurs par la chromolithographie, et accompagnées d'un texte explicatif.

PAR MM.

**LELOIR**

Professeur à la Faculté de médecine de Lille.

**E. VIDAL**

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

---

1 volume grand in-8°, relié..... 70 francs.

---

Le *Traité descriptif des Maladies de la Peau* comprend, avec un atlas, un volume de texte de 380 pages. Ce texte, publié par ordre alphabétique de maladies, et interrompu après la mort de M. EMILE VIDAL au mot *Favus*, est accompagné de figures dans le texte. Il est remis gratuitement aux acquéreurs de l'atlas.



ni

le

le

es

s,

la

é

e

=

U

la

i.

c

e

e

t



## TRAVAUX ORIGINAUX

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA DERMATOSE DE DÜHRING

Par MM. Leredde, chef de laboratoire, et Perrin, interne à l'hôpital Saint-Louis.

*Avec une planche.*

L'existence à titre indépendant de la dermatose érythémateuse vésiculeuse et bulbeuse qu'a décrite Dühring n'est pas admise par tous les auteurs. Son existence est fondée sur une étude symptomatique ; elle paraît incertaine à ceux qui ne veulent pas abandonner les idées anciennes sur le pemphigus, à ceux aussi qui demandent plus que des raisons cliniques pour isoler une maladie, même une maladie cutanée.

Parmi les dermatologistes nombreux qui se sont ralliés aux idées de Dühring, certains admettent des transitions entre la dermatite herpétiforme et d'autres affections bulleuses chroniques ; souvent en présence d'un cas particulier, ils sont embarrassés et n'osent trancher le diagnostic.

L'un de nous ayant observé dans le service de M. le professeur Fournier un cas de dermatite érythémato-bulleuse, récidivante au moment des grossesses chez une femme enceinte, nous avons étudié histologiquement les lésions de la peau, puis celles de malades reconnus à Saint-Louis comme atteints de *dermatite herpétiforme typique*.

Les biopsies ont été faites sur des points de la peau atteints d'altérations comparables dans tous les cas. Nous avons enlevé des papules récentes surmontées de vésicules en voie de formation. Les fragments biopsiés ont été fixés dans une solution de sublimé acétique (1) pendant vingt-quatre heures, puis après lavage de vingt-quatre heures à l'eau courante, inclus dans la paraffine.

#### A. — ÉTUDE DE L'HERPES GESTATIONIS

L'épiderme est peu modifié. On remarque seulement sur les coupes la présence de deux toutes petites vésicules dont nous renvoyons la description à la suite de celle du derme.

(1) Sublimé.....	40
Acide acétique.....	10
Eau.....	1.000

Celui-ci à un faible grossissement apparaît semé de noyaux très nombreux, qui s'amassent plus abondants autour des vaisseaux, mais infiltrent le tissu conjonctif à distance de ceux-ci d'une manière régulière, surtout dans la région du réseau sous-papillaire. Dans le derme profond, l'infiltration diffuse est plus discrète, tandis que de gros foyers périvasculaires persistent.

Si on examine à un fort grossissement un vaisseau du réseau sous-papillaire, tel celui qui est figuré sur notre planche, voici ce que l'on observe sur une préparation colorée au carmin d'alun, ou au bleu de méthylène.

On distingue bien nettement trois variétés de noyaux :

a) De gros noyaux ovalaires, peu colorables où le nucléole est très apparent et la substance chromatique très peu serrée. Ces noyaux sont également répartis dans le champ du microscope ; ils limitent la lumière des vaisseaux sanguins et lymphatiques (noyaux de l'endothélium) et recouvrent les faisceaux conjonctifs qui constituent le tissu intervasculaire.

b) *Autour des vaisseaux, uniquement*, dissociant les mailles du tissu, qui, sur les préparations colorées au réactif de Biondi, prend un aspect réticulé, des noyaux arrondis ou polyédriques, plus petits que les précédents, et se colorant d'une manière bien plus intense, en masse, sans qu'on puisse y distinguer de nucléole. Par leur situation périvasculaire, dans des amas pathologiques, leur indépendance du tissu de soutien, ces noyaux doivent être considérés comme des cellules lymphatiques en diapédèse, *ce sont des lymphocytes*.

c) *A distance des vaisseaux, presque exclusivement*, formant plusieurs couches entre les cellules fixes à noyau ovalaire à la périphérie des foyers périvasculaires et infiltrant d'une manière diffuse les mailles du derme extravasculaire, on voit des noyaux d'un troisième type. Ils sont plus petits que les précédents, moins colorés, et on peut distinguer un nucléole central. Toujours ils s'associent deux par deux, soit en contact immédiat, soit à faible distance l'un de l'autre. Et même quand on fait varier la vis du microscope, on s'aperçoit que souvent il existe un troisième, un quatrième noyau semblable sur un plan différent.

A quoi répondent ces noyaux qui, par leur indépendance du tissu conjonctif et par leurs caractères si différents des cellules fixes, apparaissent comme des cellules lymphatiques ?

En examinant de très près les détails de la préparation, on voit que ces noyaux sont entourés de granulations réfringentes, rondes, tassées les unes sur les autres en mosaïque.

Colorons maintenant les préparations en deux teintes. Par exemple, les noyaux par l'hématéine et le fond rapidement par une couleur d'aniline acide, éosine, aurantia, fuchsine acide, etc.

Toutes les granulations ont fixé la matière acide. On distingue alors la forme des cellules, arrondies, ovalaires, grosses, sans les longs prolongements des mastzellen. Ces cellules par leurs caractères sont identiques à celles décrites par Ehrlich dans le sang, sous le nom d'éosinophiles (l'éosine étant prise comme type des couleurs d'aniline acides).

Ces éléments sont rares dans la peau. On les trouve isolés dans des altérations inflammatoires, près des vaisseaux en général, d'où ils ont émigré au même type que les autres cellules blanches. Ici nous sommes frappés par leur nombre extraordinaire. A première vue, ils paraissent jouer un rôle considérable dans l'affection que nous examinons, et la distinguer complètement d'autres maladies cutanées.

Deuxième fait remarquable, c'est la localisation de ces cellules à distance des vaisseaux. Il semble sur les coupes qu'ils ne viennent pas de ceux-ci ; ils en sont séparés par une région où on ne voit que des lymphocytes ; dans les vaisseaux cutanés, il n'y a pas assez de globules blancs pour qu'on puisse y déterminer la fréquence des éosinophiles. S'agit-il d'une multiplication des lymphocytes qui se chargeraient d'une matière acidophile, après division ? Quelquefois on voit des lymphocytes à noyau légèrement étranglé, près des endroits où apparaissent les éosinophiles. Nous aurons à revenir sur ce problème que nous ne voulons pas trancher en ce moment, et qui n'est pas spécial à l'herpes gestationis, mais se pose dans la dermatose de Dühring en général. L'étude du sang dans cette maladie nous permettra de le résoudre. Retenons l'existence des cellules éosinophiles, sans nous occuper en ce moment de leur origine. Nous avons indiqué les caractères qui démontrent leur nature leucocytaire. Nous allons les retrouver dans les vésicules de la peau, et enfin si, dans le cas actuel, où il n'y a pas de diapédèse intra-épidermique, nous n'en trouvons pas entre les cellules épithéliales, nous les rencontrerons, isolées, entre celles-ci dans les cas de dermatose de Dühring qui feront l'objet de notre second mémoire.

Le corps muqueux présente une hypertrophie modérée.

Les deux vésicules dont nous avons déjà parlé sont très petites et situées à la partie moyenne de la couche de Malpighi. Elles sont formées non dans les cellules, mais entre elles, et limitées par une paroi d'épithélium aplati, susceptible de subir la transformation cornée. La paroi de l'une d'elles plus rapprochée de la surface comprend, par exemple, une ou deux couches de cellules transparentes sans noyaux et une couche plus externe de cellules à granulations d'éléidine.

Cette formation intercellulaire des vésicules s'observe également dans la dermatite de Dühring comme le décrit Unna dans son traité d'anatomie pathologique de la peau.

Le contenu des vésicules est formé sur la préparation par des cellules tassées les unes contre les autres et on croirait qu'il n'y a pas de liquide. *Ces cellules sont presque toutes pourvues de grains éosinophiles* et leurs noyaux prennent l'aspect à peine modifié de celui qu'elles présentent dans le derme.

L'examen du liquide des vésicules a été fait de la manière suivante : Une gouttelette de liquide recueillie au moyen d'une pipette stérilisée est étalée sur plusieurs lames et fixée par le procédé qu'indique Ehrlich pour le sang : on met la lame sur une platine chauffante à la température de 120 degrés environ. On peut aussi employer l'eau phéniquée à 3 0/0. La coloration se fait de préférence par l'hématéine de Meyer et l'aurantia. Dans ces conditions nous avons trouvé dans une vésicule, sur un chiffre total de 227 globules blancs, 214 cellules à granulations éosinophiles. Du reste les vésicules que nous avons examinées pas plus que celles que présentait la malade n'étaient suppurées et dans le liquide des vésicules, on ne trouvait aucun micro-organisme.

De l'étude qui précède, il résulte qu'on ne saurait exagérer le rôle de ces cellules dans l'herpes gestationis : Il semble que la peau élimine une substance dont se chargent les globules blancs. Cette substance peut être normale dans l'économie puisque, chez tout individu sain, on la trouve dans des cellules blanches du sang. L'élimination s'en fait par les vésicules qui se forment à la surface de la peau.



## DE L'ACNÉ KÉRATIQUE

Par MM. Tenneson et Leredde.

### I

L'acné est aujourd'hui un genre purement nominal ; nous voulons dire un genre dont les espèces n'ont pas le caractère commun que le terme générique exprime. Entre l'acné vulgaire et l'acné varioliforme, par exemple, il n'y a de commun que le mot.

L'acné vulgaire, que seule nous avons en vue, est une dermatose polymorphe ; elle comprend :

- 1° Des papules congestives ;
- 2° Des pustules greffées sur les papules et dues à l'inoculation des micro-organismes pyogènes du milieu ambiant ;
- 3° Des cicatrices hypertrophiques consécutives aux pustules ;
- 4° De la séborrhée huileuse, hyperhidrose huileuse pour M. Unna ;
- 5° Des comédons.

A cet ensemble bien connu, il convient de joindre une autre lésion qui s'est présentée à nous récemment sous une forme remarquable et insolite. Voici le fait ; nous chercherons ensuite à l'interpréter :

### II

Jean L..., âgé de 26 ans, cocher de fiacre, est entré à l'hôpital Saint-Louis, dans notre service, salle Cazenave, n° 13, le 11 décembre 1894.

C'est un homme vigoureux, gros mangeur, dilaté, mais non alcoolique. Ses antécédents pathologiques sont nuls. Pendant son séjour à l'hôpital, il a été pris inopinément d'une attaque d'hystérie. Depuis lors, il n'a pas eu d'autre attaque ; et les stigmates ordinaires de l'hystérie font défaut.

Le malade affirme que les lésions de la peau remontent seulement à un an et demi, et ont débuté par l'épaule gauche ; mais peut-être avait-il antérieurement quelques lésions acnéiques, auxquelles il n'a pas fait attention.

La dermatose occupe le dos, les épaules, la partie antérieure du thorax et la face. Sur toutes ces régions, la peau est huileuse, parsemée de papules rouges, de pustules et de comédons noirs. Ce sont les lésions de l'acné vulgaire, siégeant aux lieux d'élection. Sur la face, quatre petits kystes sébacés.

A la partie postérieure des épaules et du tronc, de vastes surfaces sont couvertes de petites élevures cornées, qui occupent les infundibula filaires. Ces surfaces irrégulières, asymétriques sont limitées du côté de la ligne

médiane par un contour net, qui tranche sur les parties saines. Ce contour est polycyclique; et les arcs de courbe dont il se compose ont de grands rayons. Les élevures cornées rapprochées les unes des autres, mais cependant bien distinctes, donnent à la main la sensation d'une râpe. Elles ont le volume d'une graine de millet; leur couleur est grisâtre, comme celle de la couche cornée quand elle est épaissie. La peau circonvoisine a sa couleur normale. Il n'y a pas d'épaississement du derme. Une plaque de même nature occupe la région lombaire. Des plaques moins étendues occupent la partie antérieure des épaules et la région présternale. D'autres plus petites encore siègent à la face. Toutes ces plaques ont des figures irrégulières et dissemblables. Les lésions de l'acné vulgaire (papules rouges, pustules, comédons) sont distribuées sans ordre sur les plaques cornées et autour d'elles.

Les lésions de la kératose pileaire (xérodermie pileaire) font complètement défaut aux lieux d'élection : face postérieure des bras, fesses, face antérieure des cuisses. Et cela est d'autant plus important qu'à l'œil nu les élevures cornées ressemblent exactement à celles de la kératose pileaire.

Le purit est presque nul. En dehors des signes de la surcharge habituelle de l'estomac (auto-intoxication d'origine gastrique), pas de symptômes généraux.

L'examen des autres organes et l'analyse de l'urine donnent des résultats négatifs. En trois mois, la dermatose n'a pas évolué.

Nous avons présenté ce malade à la Société de dermatologie le 14 mars. La photographie aquarellée des lésions, par Méheux, est au musée de l'hôpital Saint-Louis. (Dessins, n° 309.)

### III

**HISTOLOGIE** par M. LEREDDE. — Les lésions microscopiques sont étroitement localisées aux appareils pilo-sébacés. D'une manière générale, elles sont les suivantes :

Le follicule pileux, de sa base à sa terminaison, est engagné de cellules migratrices, abondantes surtout, comme il est de règle, autour des vaisseaux; ceux-ci très apparents, dilatés, et contenant plus de cellules blanches qu'à l'état normal. Les follicules eux-mêmes sont respectés, à ce détail près que, de place en place, des cellules migratrices, toujours isolées, pénètrent entre les cellules épithéliales.

Au point où le follicule aborde l'épiderme, les papilles immédiatement voisines, seules, sont un peu élargies et offrent quelques traces de diapédèse. On ne peut même affirmer cette lésion qu'en les comparant aux papilles plus distantes. Cette limitation stricte des altérations papillaires, leur faible intensité expliquent l'absence de rougeur constatée à l'examen direct de la peau.

Le corps muqueux n'est pas hypertrophié à l'orifice pilo-sébacé. Mais la couche cornée augmente d'épaisseur, et forme un véritable cratère, une fosse à bords saillants, constitués de lamelles irrégulièrement stratifiées.

La cavité est occupée par le poil nécrosé, transparent, *entouré de lames cornées*. Ces modifications de la couche cornée sont l'origine des saillies que l'on observe au-dessus de la peau.

L'altération des glandes sébacées annexées aux follicules a la plus grande importance; elle détermine à classer l'affection dans le groupe acné. Elle paraît être la cause de l'évolution anormale du poil et des lésions qu'on observe à son issue épidermique. Autour d'elles, le tissu conjonctif condensé est riche en cellules plates, mêlées de cellules migratrices. *Celles-ci envahissent les lobules glandulaires* en général. Sous leur amas, on ne trouve plus trace des cellules sébacées normales. Elles persistent cependant; mais sont difficiles à voir. Là où, ce qui est rare, la diapédèse intraglandulaire est modérée, on les retrouve, arrondies, atrophées, encore nucléées.

Il n'est possible au niveau des glandes sébacées, ni du reste en aucun autre point des préparations, de colorer par les procédés classiques aucun micro-organisme.

En résumé, l'inflammation sébacée est le fait capital. On peut soupçonner chez le malade une anomalie de la kératinisation, et ici nous pouvons signaler la faible épaisseur du stratum granulosum, l'absence du stratum lucidum, la non-cohérence des lamelles cornées au-dessus du corps granuleux immédiatement.

#### IV

Il s'agit donc bien d'une acné, mais remarquable par l'absence d'infection secondaire de la peau et par les lésions folliculaires que cette acné conditionne; acné très rare sous la forme clinique ci-dessus décrite, mais commune sous une forme moins étendue, moins intense. C'est ce dont nous avons pu nous convaincre en examinant dans cette direction les nombreux acnéiques qui viennent chaque semaine à notre policlinique.

Les plaques sont alors plus limitées; leurs bords sont moins nets; les élevures cornées sont moins saillantes et passent facilement inaperçues quand on ne les cherche pas. Elles occupent les sièges habituels de l'acné, surtout la région présternale. Les poils qui émergent des élevures cornées, résistent pendant un certain temps, puis ils tombent.

Nous avons vu antérieurement cette forme atténuée, sans la comprendre, sans pouvoir lui attribuer une dénomination précise. Nous proposons celle d'*acné kératique*, et dirions *acné cornée* si ce nom n'avait pas été appliqué à autre chose.

Le côté bactériologique de la question réclame sans doute de nouvelles recherches; mais s'il fallait attendre, pour dénommer une lésion, qu'elle soit étudiée sous toutes ses faces, il deviendrait impossible de s'exprimer en clinique. Partout le langage précède la science,

parce qu'il en est l'instrument nécessaire; et la dermatologie doit se soumettre à cette nécessité commune.

Nous avons signalé chez notre malade la surcharge habituelle de l'estomac et l'auto-intoxication qui en est la conséquence. On la rencontre chez les acnéiques 99 fois sur 100. Il n'en faut pas conclure que l'intoxication d'origine gastrique soit la cause efficiente de l'acné; une foule de dilatés ne sont pas acnéiques. Mais cette intoxication réalise un terrain favorable à la dermatose, l'entretient et l'exaspère.

## V

Leloir et Vidal (1) décrivent sous le nom d'*acnée cornée*, une lésion différente de celle qui nous occupe. Les élevures forment des plaques de 2 ou 3 centim.; elles sont grasses, de couleur jaune, brune ou noire, et atteignent 3 ou 4 millim. en hauteur.

Hardy (2) avait appelé cette lésion *acné sébacée cornée*. Le groupe des acnés sébacées, introduit par Bielt et par Cazenave, a été perdu de vue par la plupart des dermatologistes contemporains. Nous avons essayé de le faire revivre (3).

Histologiquement, l'acné cornée de Leloir et Vidal se distingue de l'acné kératique par l'absence des lésions sébacées signalées chez notre malade. Le cas actuel ne rentre donc ni dans leur description clinique, ni dans leur étude histologique. La figure qu'ils donnent dans leur atlas, représente une préparation n'ayant intéressé que l'extrémité épidermique du follicule. Si les modifications de la surface cutanée sont voisines dans leur acné cornée et dans l'acné kératique (ce qui explique la confusion possible), les altérations profondes, essentielles, n'ont rien de comparable.

M. Ern. Besnier (4) « désigne sous le nom d'*angiofolliculite* (folliculite canaliculaire) *kératosique simple* l'*acnée sébacée cornée* de Cazenave et de Hardy, l'*acné cornée* de Leloir et Vidal. Il attache cette dénomination à une acné à comédons cornés dépourvus de tout parasite connu, souvent fruste, inaperçue, méconnue, disposée en îlots disséminés en quelques lieux d'élection, parmi lesquels la nuque, le dos, etc., habituellement torpide et n'ayant d'autre issue que l'atrophie du follicule. Il ajoute que plusieurs des observations rapportées à ce titre sont ambiguës, contestables; mais que leur différenciation pourra,

(1) *Traité desc. des mal. de la peau*, 1<sup>er</sup> fasc., p. 7, 1889.

(2) *Leç. sur les mal. de la peau*, 2<sup>e</sup> partie, p. 105, 1859. Dans son *Traité des mal. de la peau*, 1886, HARDY ne parle plus que d'acné sébacée concrète.

(3) TENNESON. *Traité clin. de dermat.*, p. 83, 1893.

(4) Trad. franç. de Kaposi, 2<sup>e</sup> édit., t. I, p. 785.

dans la suite, être établie à l'aide du contrôle histologique et bactériologique, et qu'on ne sera plus exposé à confondre l'angiofolliculite cornée avec l'ichthyose, la xérodermie pileaire érythémateuse ou non, le pityriasis pileaire, le lupus acnéique ».

Le moulage n° 1781, déposé au musée par M. Hallopeau, porte l'étiquette d'acné cornée. L'affection dont il s'agit n'est point notre acné kératique ; il ne nous appartient pas de dire ce qu'elle est.

Enfin certains faits publiés sous le nom d'acné cornée semblent appartenir à la dermatose que M. Darier a fait connaître sous le nom de « psorospermosse folliculaire végétante » (1).

Une dénomination nouvelle s'imposait donc pour l'affection que nous avons en vue ; et nous l'appelons acné kératique, pour indiquer qu'il ne s'agit pas de l'une des lésions décrites antérieurement sous le nom d'acné cornée.

(1) *Compte-rendu de la Soc. de biol.*, avril 1889 ; et *Ann. de derm.*, juillet 1889.

## SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

---

SÉANCE DU 18 AVRIL 1895

PRÉSIDENCE DE M. E. BESNIER

SOMMAIRE. — Correspondance imprimée. — Election du Bureau. — Rapports sur la gestion du comité de direction et sur la situation morale et financière de la société par M. HALLOPEAU. — A l'occasion du procès-verbal : Nouvelle note sur un cas d'altérations nécrotiques et gangréneuses de l'extrémité céphalique, par MM. HALLOPEAU et LE DAMANY. — Tuberculose cutanée disséminée consécutive à la rougeole, par M. DU CASTEL. — Ulcération chancriforme de la verge, tuberculose ulcéreuse, par MM. LOUIS WICKHAM et GASTOU. (Discussion : MM. JULIEN, VERCHÈRE, DU CASTEL, WICKHAM, TENNESON, GAUCHER, DU CASTEL, DUBREUILH). — De l'eczéma des paupières et de son traitement, par M. GALEZOWSKI. — Lichen plan atrophique pigmenté, par MM. E. GAUCHER, BARBE et BALLI. (Discussion : MM. DUBREUILH, DARIER, BARBE.) — Sur deux formes d'acné cornée, par MM. H. HALLOPEAU et JEANSELME. (Discussion : MM. TENNESON, LEREDDE, BARTHÉLEMY, WICKHAM.) — Deuxième cas de névrite syphilitique du nerf cubital, par MM. E. GAUCHER, SERGENT et CHAMPENIER. (Discussion : MM. BARTHÉLEMY, GAUCHER.) — Réflexions à propos d'une autopsie de maladie de Dühring, par M. P. GASTOU. (Discussion : MM. WICKHAM, LEREDDE, TENNESON, BAUDOUIN, BESNIER, BARTHÉLEMY, LEREDDE, BESNIER.) — De l'anesthésie locale en dermatologie, par MM. DUBREUILH. (Discussion : MM. BARTHÉLEMY, MOREL-LAVALLÉE, BESNIER.) — Election de membres titulaires.

---

### Ouvrages offerts à la Société.

LANG. — *Vorlesungen uber pathologie und therapie der Syphilis*. Première partie, un vol. in-8°. Wiesbaden, 1895.

BARLOW. — *Ueber adenomata sebacea*. Broch. extraite des *Deutsches archiv. fur Klinische medicin.*

---



**Élections pour l'année 1895-1896.**

Les élections pour le renouvellement du Bureau et du comité de direction donnent les résultats suivants :

*Président* : M. E. BESNIER.

*Vice-Présidents* : MM. A. FOURNIER, MAURIAC, DOYON (de Lyon).

*Membres du comité de direction* : MM. BALZER, BROcq, E. GAUCHER, LE PILEUR, TENNESON.

*Archiviste* : M. FEULARD.

*Secrétaires des séances* : MM. DUBREUILH (de Bordeaux), JACQUET (de Paris), JEANSELME (de Paris), PERRIN (de Marseille), VERCHÈRE (de Paris), LOUIS WICKHAM (de Paris).

---

**Rapport sur la gestion du comité de direction et la situation morale de la Société.**

Par M. HALLOPEAU.

L'année qui vient de s'écouler marquera une date dans l'histoire de notre société : grâce à l'initiative et aux efforts de son comité de direction, grâce aussi au concours bienveillant de l'administration, elle a obtenu sa reconnaissance comme établissement d'utilité publique. On peut dès à présent tester en sa faveur. Nous devons, à cet égard, remercier tout particulièrement M. Bienvenu Martin, maître des requêtes au Conseil d'État : c'est à lui surtout que nous devons d'avoir obtenu aussi rapidement une solution satisfaisante.

Parmi les nouveaux statuts que vous avez votés pour obtenir la reconnaissance d'utilité publique, il en est un des plus importants, car il assure la prospérité financière de la Société en même temps qu'il permet la publication intégrale de tous les travaux qui lui sont présentés, quelle qu'en soit l'étendue : nous voulons parler de celui qui limite le nombre de feuilles imprimées gratuitement, et permet à chacun des membres titulaires de publier in extenso toutes ses communications à la condition d'en payer les frais s'ils dépassent la moyenne établie. Nous ne doutons pas que la satisfaction de se sentir à cet égard les coudées franches n'amène ceux d'entre nous qui auront à supporter cet excédant de dépenses à le faire bien volontiers.

L'année 1894 a encore été marquée par l'inauguration de nos sessions extra-parisiennes. Chacun de ceux qui ont pris part à la session lyonnaise peut dire quel en a été le succès. Nos bulletins ont témoigné de sa fécondité en communications importantes et originales, ainsi que de l'intérêt des discussions. On peut dès à présent prédire à coup sûr

que les autres grandes villes de province où la dermatologie est cultivée suivront tour à tour l'exemple qui leur a été donné à Lyon. Nous disons merci ! de tout cœur, à nos collègues lyonnais.

Nos sessions parisiennes n'en ont pas moins continué à être riches en communications, de telle sorte que notre bulletin ne contient pas cette année moins de 170 notes constituant autant de mémoires originaux. Notre Société a ainsi continué à faire progresser la science et à créer de nouveaux titres à notre école française.

Une modification utile a été apportée à la constitution de notre bureau, par la création d'une place d'archiviste : la conservation et le classement méthodique de nos documents se trouvent ainsi assurés.

À côté de ces faits heureux, nous devons rappeler les pertes cruelles qu'a encore subies notre Société, en 1894 : quatre de nos collègues, parmi lesquels nos deux présidents d'honneur et un membre de notre comité de direction, nous ont été enlevés : ce sont là des vides qui ne pourront être comblés.

Le nombre de nos membres s'est cependant sensiblement accru : de 117 en 1893, il s'est élevé à 123 en 1894 : c'est un nouveau témoignage de la prospérité croissante de notre Société.

#### A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

##### **Nouvelle note sur un cas d'altérations nécrotiques et gangréneuses de l'extrémité céphalique.**

Par MM. HALLOPEAU et L<sup>r</sup> DAMANY.

Depuis notre dernière communication, divers phénomènes dignes d'attention se sont encore produits chez notre malade ; tels sont : *une inflammation érysipélateuse du visage, le développement d'une ulcération nécrotique au niveau d'une biopsie faite en tissu sain et d'abord réunie par première intention, l'évolution rétrograde d'un certain nombre de boutons, et, en dernier lieu, la cicatrisation de toutes les ulcérations.*

Les altérations nécrotiques précédemment décrites étaient en voie de cicatrisation lorsque, le 13 du mois de mars dernier, apparaît un gonflement léger de la paupière inférieure droite, en même temps qu'une coloration rouge foncé de cette même région ; le 16, ce gonflement augmente ; la rougeur s'étend ; du côté gauche, en un point symétrique, apparaissent des lésions analogues, mais d'abord passagères, car dès le lendemain elles tendent à disparaître.

Le 19. Le gonflement du côté droit ainsi que la rougeur occupent, non-seulement la paupière, mais encore toute la moitié antérieure de la joue droite et la partie correspondante de la lèvre supérieure ; en avant, ils s'avancent jusqu'au nez ; en arrière, ils disparaissent progressivement, sans former aucun bourrelet, sans limites précises, à quatre ou cinq centimètres de l'oreille.

Toute cette surface est d'un rouge sombre, sauf à la périphérie où sa nuance devient plus claire et se confond peu à peu avec la coloration normale des parties voisines. Les ganglions correspondants ne sont pas engorgés.

Les symptômes généraux sont très modérés; ils consistent en un léger embarras gastrique avec un peu de fièvre le soir.

Il se produit, en somme, sur la joue droite des lésions de même nature que celles dont l'oreille gauche a été le siège précédemment et qui, aujourd'hui, sont en voie de disparition.

Cette affection n'a pas les allures d'un érysipèle; d'ailleurs l'examen bactériologique, pratiqué à plusieurs reprises, a montré que, ni dans les tissus, ni à leur surface, il n'y avait de streptocoques.

Le 26. La moitié droite du visage est envahie par un œdème énorme qui en occupe toute l'étendue, depuis le front jusqu'à la région sous-maxillaire. La paupière supérieure a sa coloration normale, mais dans tout le reste de l'étendue du gonflement, la rougeur est intense, foncée. Au niveau de la cicatrice qu'une cautérisation ignée a laissée sur la joue, et qui, auparavant, était décolorée, la rougeur est plus vive et de nuance plus claire. Malgré le gonflement, la peau n'est ni lisse, ni luisante, mais au contraire, rugueuse et comme chagrinée.

La paupière inférieure gauche est de nouveau envahie par un gonflement peu considérable, sans rougeur, qui s'étend à la partie supérieure de la joue gauche. Ce gonflement, apparu tout récemment, tend à augmenter avec une grande rapidité.

Le 29. La zone érysipéatoïde occupe actuellement toute l'étendue de la face, à l'exception du front, du lobule nasal et de la lèvre inférieure; elle est bilatérale, symétrique et tel est le gonflement des paupières que la malade ne peut les écarter.

La rougeur reste foncée sur toute l'étendue du visage, à gauche comme à droite, sauf au niveau de la cicatrice mentionnée plus haut où elle est vive, framboisée. Ni la rougeur, ni le gonflement ne présentent de limites nettes.

Le 6 avril. La coloration rouge des téguments a considérablement diminué; le gonflement de la lèvre supérieure, des paupières supérieures et de la partie inférieure des joues a disparu. Il reste encore un gonflement assez considérable, non coloré, des paupières inférieures et un peu d'empatement des parties voisines des joues.

Le gonflement si considérable et la rougeur si intense de l'oreille gauche ont entièrement disparu. L'épiderme flétri s'est exfolié sous forme de fines squames; les croûtelles qui existaient sur la face postérieure de la conque sont tombées, et aujourd'hui l'aspect de l'oreille est normal.

Les ulcérations de la région cervicale droite se sont peu à peu cicatrisées. L'une d'elles a été enlevée avec une petite zone de tissus sains pour servir à l'examen anatomo-pathologique. Après une réunion par première intention à l'exception des points de suture, ceux-ci ont été envahis par un processus nécrotique qui rapidement s'est étendu à toute la plaie ainsi produite et l'a transformée en une large ulcération identique à celles qui existaient dans son voisinage; elle s'est fermée peu à peu, après avoir présenté pendant plusieurs jours un caractère destructif et s'être notablement étendue en surface et en profondeur.

De ces lésions, il ne reste plus aujourd'hui que des cicatrices rouges, déprimées, autour desquelles on voit un cercle jaunâtre, bistré, de largeur variable suivant les points, atteignant un centimètre par endroits.

Le 11. Il persiste encore un léger gonflement des deux paupières inférieures qui sont rouges et font une saillie notable. Dans leur voisinage l'œdème a à peu près complètement disparu, bien que la rougeur soit encore assez vive. Les deux joues sont le siège d'une desquamation fine.

En somme, les lésions multiples qui, depuis plus de six mois, se sont succédées sans interruption sont actuellement complètement guéries ou en voie de guérison; un certain nombre de boutons développés sur le haut du tronc ont disparu sans s'ulcérer. L'état général de la malade est relativement satisfaisant; elle ne paraît présenter aucune tare constitutionnelle.

La recherche du sucre dans l'urine a été inutilement pratiquée à plusieurs reprises; les phosphates sont en quantité normale et l'élimination des composés azotés est inférieure à la normale : urée, 11 gr. 5; acide urique, 0 gr. 437 par vingt-quatre heures.

Cette nouvelle phase de l'histoire de cette dermatose nous confirme dans l'opinion qu'il s'agit là d'un type non encore décrit. Nous ne connaissons point, en dehors des inoculations de chancres simples, de farcin et de charbon, de maladie dans laquelle la plaie résultant d'une biopsie en tissu sain ou de l'ouverture d'un adéno-phlegmon devienne le point de départ d'un processus ulcéreux et nécrotique; ce fait, comme les manifestations décrites précédemment, ne peut s'expliquer que par l'intervention d'un agent infectieux non encore décrit; nous n'avons pu malheureusement jusqu'ici le déterminer.

Cet agent a-t-il été par lui-même ou par ses ptomaines la cause prochaine de l'inflammation érysipélateuse qui a occupé le visage pendant plus d'un mois? Le fait nous paraît probable, car les microbes banals trouvés dans le liquide ne peuvent rendre compte des phénomènes observés.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE (note préliminaire), pratiqué par M. DARIER, a donné les résultats suivants :

Par suite d'une faute de technique, il n'a pas été possible d'obtenir de bonnes coupes d'ensemble de la pièce et d'y faire les recherches bactériologiques nécessaires.

Toutefois, sur des coupes incomplètes, on peut reconnaître les faits suivants :

Au milieu de la pièce se trouve une escarre comprenant l'épiderme et une bonne partie de l'épaisseur du derme. Elle est entourée, au voisinage de la surface tout au moins, par un tissu de granulation.

Au delà de la zone où se fait le travail d'élimination et en outre dans l'hypoderme sous-jacent à l'escarre, on voit : A. Une inflammation diffuse du tissu dermique et sous-dermique. B. Des foyers et des traînées embryonnaires.

A. — L'inflammation diffuse s'accuse par une infiltration abondante

d'éléments jeunes et de cellules rondes entre les faisceaux conjonctifs qui sont tuméfiés et entre les cellules adipeuses plus ou moins atrophiques; cette inflammation s'étend jusqu'aux limites de la pièce et par conséquent à plus d'un demi-centimètre de l'escarre.

B. — Au milieu de ces tissus enflammés, et notamment dans les parties moyenne et profonde du derme, se trouvent des amas de cellules embryonnaires vivement colorées; dans ces amas, on voit presque toujours la coupe d'un ou de plusieurs vaisseaux, artérioles à parois épaissies et presque oblitérées, veinules thrombosées ou des groupes de canaux sudoripares.

Il y a donc des *lésions endo et péri-vasculaires* importantes, lesquelles paraissent constituer le fait capital et avoir déterminé la gangrène partielle; ces lésions sont vraisemblablement d'origine infectieuse.

Un examen plus complet serait nécessaire pour déterminer la nature exacte de cette affection et en préciser le processus pathologique.

La comparaison avec des coupes de zona gangréneux que j'ai eu l'occasion de faire précédemment, permet de reconnaître des différences très sensibles avec le cas actuel dont le caractère inflammatoire et probablement infectieux ressort de ce qui précède.

Sommes-nous arrivés à la fin de cette évolution morbide qui se continuait par phases successives depuis plus de six mois? N'assisterons-nous pas de nouveau à une de ces manifestations qui incessamment se sont renouvelées? Nous ne pouvons à cet égard que tirer des présumptions favorables de l'accalmie qui existe aujourd'hui.

Faut-il attribuer à l'iodure de potassium l'amélioration qui s'est produite dans ces derniers temps? Nous l'ignorons. Les premières ulcérations s'étaient cicatrisées sous l'influence exclusive des topiques employés. En tout cas, on ne saurait tirer de cette action médicamenteuse des conclusions favorables à la nature syphilitique des altérations, car on ne voit jamais dans la syphilis les plaies accidentelles revêtir en peu de jours, comme l'ont fait chez notre malade celles qui ont été produites par l'ouverture de l'adéno-phlegmon et par la biopsie, un caractère ulcéreux et destructif, de même qu'on n'y observe pas de gangrène à marche rapidement envahissante.

#### **Tuberculose cutanée disséminée consécutive à la rougeole.**

Par M. DU CASTEL.

Henri M..., 5 ans, est atteint depuis l'âge de dix-huit mois de prurigo diathésique à exacerbations estivales. Sa santé générale est excellente. Sa mère a fait avant sa naissance, une fausse couche; mais il ne paraît pas y avoir de syphilis dans la famille. Il y a deux ans, le malade a été atteint de rougeole; au moment où l'éruption de cette pyrexie a disparu, l'éruption actuelle s'est montrée; elle aurait eu, s'il faut s'en rapporter au dire de la mère, qui observe très minutieusement son enfant, elle aurait eu

dès le début et en très peu de temps l'importance et l'étendue qu'elle présente aujourd'hui. Son aspect ne se serait pas sensiblement modifié depuis lors; l'affection serait restée immobile ou, tout au plus, elle aurait subi une légère amélioration.

Actuellement, il existe sur la joue gauche trois nodules de lupus plan distincts; sur la joue droite, un nodule analogue; tous ont un diamètre d'un centimètre environ: la tendance ulcéreuse et atrophique est peu accusée.

Sur le poignet droit, sur la face externe du pouce du même côté, il y a cinq ou six noyaux analogues, recouverts d'une croûte psoriasiforme assez épaisse.

Au niveau de la partie interne des fesses, les foyers sont nombreux et plus étendus; ils sont lisses, rouge vif, sans tendance ulcéreuse; l'épaississement du derme est peu considérable. Sur la fesse droite, il existe un grand placard en croissant recouvert d'une croûte un peu épaisse, sèche, blanche. Pas plus qu'à la face, il n'y a ici de tendance cicatricielle marquée.

Sur les membres inférieurs et les pieds, une vingtaine de nodules sont disséminés, légèrement surélevés, recouverts d'une croûte mince, sans tendance ulcéreuse, d'un centimètre environ de diamètre.

Sur toute la surface du corps, un certain nombre de papules du prurigo sont disséminées.

Aucune lésion viscérale ou ganglionnaire.

En résumé, chez un malade atteint de prurigo diathésique, de prurigo d'Hébra, à la suite de la rougeole et au moment de la convalescence, s'est produite une éruption tuberculeuse disséminée. Cette éruption a atteint rapidement son apogée; depuis deux ans, elle est immobilisée; autant son apparition a été brusque et rapide, autant est grande aujourd'hui sa fixité; tout au plus depuis deux ans a-t-on constaté une légère tendance à l'amélioration: l'immobilité de l'affection accusée par la mère, s'affirme par l'absence d'ulcérations et de lésions cicatricielles au niveau des différentes lésions, quelque soit leur siège.

#### **Ulcération chancriforme de la verge. Tuberculose ulcéreuse.**

Par MM. LOUIS WICKHAM et GASTOU.

Le malade que nous présentons offre, sur la face dorsale du fourreau de la verge, une lésion chancriforme intéressante à plusieurs titres.

Ses caractères objectifs sont les suivants:

L'ulcération est ovale, de 1 centimètre et demi de long sur 1 centimètre de large, à surface un peu irrégulière mais assez superficielle; de coloration gris jaunâtre, peu suintante; elle se continue directement avec les bords. Cette ulcération est surélevée par une masse pâteuse qui



non seulement lui forme une base, mais la dépasse tout autour de plusieurs millimètres. L'ulcération placée au sommet de la saillie est donc débordée en surface mais non en hauteur. La bordure est de niveau avec la surface ulcéreuse.

Le tout ensemble donne l'aspect d'une petite tumeur dont les trois quarts du centre sont exulcérés, ou d'un chancre dont la base et le pourtour seraient très fortement enflammés, à l'une des deux extrémités du grand axe de l'ulcération; la base dure non ulcérée se prolonge assez loin à un demi-centimètre en dehors de l'ulcération. Toute la bordure épaisse non ulcérée est nettement violacée. Ces lésions prises entre les doigts offrent la sensation d'une masse de consistance pâteuse qui se laisse parfaitement soulever au-dessus des tissus plus profonds. Il n'y a pas la moindre adhérence.

En présence d'une telle lésion, le diagnostic qui vient tout d'abord à l'esprit est celui de chancre induré, avec quelques caractères irréguliers : empatement sous-jacent plutôt inflammatoire que lardacé ; empatement profond dépassant beaucoup trop les limites de l'ulcération ; coloration violacée des bords.

L'examen des régions inguinales révèle la présence de plusieurs ganglions, petits, durs, séparés les uns des autres, correspondant assez bien aux pléiades du chancre, sans pourtant être caractéristiques. Il n'y a pas entre autre de gros ganglion principal.

Malgré ces irrégularités, on pense au chancre et on poursuit l'enquête.

Aux premiers mots, on apprend avec surprise que la lésion existe depuis dix-sept ans. Voici le récit de l'évolution antérieure :

Le mal a débuté par un petit bouton plein, gros comme un petit pois (dit le malade).

Ce point a augmenté progressivement sans déterminer de douleurs, sans s'ulcérer et avait ainsi atteint les dimensions actuelles, quand tout à coup, il y a un mois et demi, une ulcération rapidement extensive s'est produite au centre. L'ulcération remonte donc à un mois et demi et s'est produite sur une lésion saillante, petite tumeur remontant à sept ans.

De plus, le petit malade, âgé de 17 ans, affirme n'avoir jamais eu de rapports avec une femme et ne s'être jamais exposé d'aucune façon.

L'enquête poursuivie montre sous le mamelon droit des cicatrices, suites d'ulcérations par caries costales.

Depuis quinze jours, les lésions ont pris quelques caractères nouveaux qui s'éloignent de ceux du chancre. La surface ulcéreuse est beaucoup plus irrégulière, elle s'est étendue en surface, et s'est creusée par places, présentant des dépressions à fond purulent et sanguinolent. Les lésions ont conservé une indolence particulière.

Enfin l'examen histologique d'un fragmit biopsié a donné à M. Gastou les renseignements qui suivent :

EXAMEN HISTOLOGIQUE par M. GASTOU.

Le fragment est fixé par le sublimé, inclus dans la paraffine; les coupes colorées au picro-carmin, à l'hématoxyline soit seule, soit associée à l'aurantia ou à l'éosine, et enfin à la safranine.

L'ensemble d'une coupe vue à un faible grossissement (Reichert: Oc. 3.

Ob. 2), montre des parties claires qu'entourent des espaces plus foncés. Au centre de quelques-uns des flots clairs se voient des amas foncés affectant des formes elliptiques, ovales ou semi-lunaires. Ces amas attirent l'attention par leur centre décoloré ou faiblement coloré tandis que leur périphérie est accusée par une coloration intense.

On voit également, à ce faible grossissement, que la coupe a deux régions nettement différenciées : l'une non bordée à sa surface libre et se terminant par un rebord irrégulier, l'autre au contraire présentant un liseré net et une bordure épaisse constituée par un épithélium stratifié à plusieurs couches, qui a tous les caractères de l'épiderme épaissi.

A un grossissement plus considérable (R. Oc. 3. Obj. 4), les parties foncées sont constituées par des amas de cellules embryonnaires à gros noyau, à mince couche de protoplasma. Au milieu de ces cellules en existent d'autres de forme ovale, dans lesquelles on ne décèle pas de granulations éosinophiles. Ces cellules forment le fond de la coupe et constituent le stroma du tissu, elles répondent à des cellules fixes du tissu conjonctif; leur noyau se colore nettement.

Les parties claires présentent cette même richesse de cellules allongées, mais ces cellules ont un noyau et un protoplasma peu colorés. Entre elles existent des cellules embryonnaires, mais rares.

Au centre des parties claires sont les amas semi-lunaires qui sont formés par une couche de cellules épithélioïdes placée entre un cercle de cellules embryonnaires et un centre non coloré ou plutôt coloré en jaune.

L'aspect de ces amas est nettement la figure d'une cellule géante. Ces cellules semblent dans certains points correspondre à la lumière d'un vaisseau.

Le tissu est peu riche en éléments vasculaires. On voit vers la surface ulcérée des vaisseaux contenant des globules rouges. De nombreuses fentes, correspondant à des espaces lymphatiques, contiennent des cellules embryonnaires.

La surface recouverte de la couche épithéliale représente l'épiderme très épaissi, les cellules de la couche superficielle sont hypertrophiées, remplies de granulations. Toutes les cellules de l'épiderme sont tuméfiées, leur noyau contient plusieurs nucléoles, et entre elles existent de nombreuses cellules allongées à gros noyaux et à protoplasma fortement coloré par l'aurantia et l'éosine.

Dans la couche de Malpighi existent en outre des cellules embryonnaires très abondantes également dans les papilles qui sont hypertrophiées, allongées et dont les vaisseaux sont dilatés.

L'examen du pus ne montre pas de bacilles de Koch, mais un gros diplocoque formant des amas en groupement staphylococcique.

*Nous avons donc affaire à une infiltration tuberculeuse ulcérée; d'aspect chancriforme, l'histologie concorde avec l'évolution de la lésion. Ce fait est peut-être unique dans les annales de la dermatosyphiligraphie. Tout était ici pour tromper, le siège sur le fourreau de la verge; l'ulcération presque superficielle au début; le non décol-*

lement des bords, la présence de petits ganglions roulant sous le doigt dans les plis inguinaux.

Nous serions heureux d'avoir l'opinion de la Société sur la conduite thérapeutique à tenir en pareil cas. L'extirpation complète chirurgicale nous paraît indiquée; mais n'y aurait-il pas à craindre un délabrement trop considérable ?

M. JULLIEN. — Je serais d'avis ici d'extirper complètement et sans crainte de rétraction cicatricielle nuisible. J'ajouterai qu'il faudrait surveiller les ganglions inguinaux et se tenir prêt à les extirper eux aussi, s'ils venaient à s'altérer d'avantage.

M. VERCHÈRE. — Telle est aussi mon opinion en ce qui concerne l'ulcération. Quant aux ganglions, je les laisserais tranquilles; l'intervention de ce côté serait toujours incomplète, car les ganglions de la fosse iliaque que l'on ne peut atteindre sont très fréquemment altérés en même temps que leurs congénères inguinaux.

M. DU CASTEL. — N'y a-t-il pas une tendance à la régression spontanée ?

M. WICKHAM. — C'est le contraire qui se produit, la surface ulcéreuse se creuse chaque jour davantage. On peut voir par comparaison sur ce moulage fait il y a quinze jours, les progrès du mal.

M. TENNESON. — J'emploierais dans ce cas les caustiques (pâte de Vienne et pâte de Canquoin), qui, en une séance, transformeraient la lésion en plaie simple. Il est inutile d'enlever les ganglions.

M. GAUCHER. — Je partage l'opinion de M. Tenneson, car je mets en principe que dans toute tuberculose locale, il faut se méfier de l'instrument tranchant, des grandes opérations chirurgicales, et préférer l'intervention par les caustiques, les cautérisations.

Cette opinion a été défendue depuis longtemps par les maîtres les plus autorisés.

Je citerai l'exemple de cas d'épididymites tuberculeuses qui, laissées tranquilles, n'ont jamais été accompagnées ni suivies d'infection tuberculeuse plus générale, par comparaison avec d'autres exemples d'épididymites tuberculeuses opérées, qui ont été suivies peu après de mort par tuberculisation générale.

M. DU CASTEL. — Il ne faut pas en ces matières se contenter de considérer le seul point malade. Sait-on dans une tuberculose locale jusqu'où va la tuberculose ? Aussi, je suis partisan de la prudence, qui consiste à s'en tenir aux caustiques et aux cautérisations.

M. DUBREUILH. — Évidemment, une intervention chirurgicale mal faite pourrait avoir des conséquences fâcheuses, mais à l'aide des moyens antiseptiques actuels, une extirpation largement faite en plein tissu sain, suivie de réunion par première intention, ne pourrait vraiment offrir aucun danger.

**De l'eczéma des paupières et de son traitement.**

Par M. GALEZOWSKI.

Messieurs, permettez-moi d'attirer votre attention sur une affection, qui, en dermatologie, est des plus simples, et guérit le plus facilement, sous la direction de nos éminents maîtres MM. Besnier, Hallopeau, sans laisser de complications et qui cependant présente des difficultés très sérieuses et même des dangers réels pour l'organe de la vue, par suite justement des complications qu'elle peut entraîner dans les organes protecteurs de l'œil.

Cette maladie, c'est l'eczéma des paupières avec ses différentes variétés.

L'eczéma séborrhéique et l'eczéma impétigineux, apparaissent souvent au bord des paupières. Je veux vous en entretenir à propos de quelques malades, que je vais vous présenter et qui méritent toute votre attention.

Obs. I. — Le premier de ces cas est un enfant de 7 ans et demi. La mère, qui habite les environs de Paris, me l'avait amené le 29 mars dernier, pour la première fois.

Il était atteint de larges ulcérations palpébrales qui s'étendaient sur les joues; la même affection palpébrale occupait les deux yeux. Elles étaient déjà développées depuis plus de sept mois et résistaient à tous les traitements qu'on lui avaient pratiqués. On lui avait fait des lotions boriquées et des compresses chaudes, des pommades à l'oxyde jaune d'Hg, le glycérolé d'amidon; mais rien n'y a fait, le mal ne faisait qu'aggraver au point que, lorsque nous l'avons vu pour la première fois, à ma clinique, avec le Dr Kopff, nous avons pu constater des ulcérations profondes, occupant les quatre paupières et qui s'étendaient à 1 centimètre au pourtour des yeux; les croûtes étaient épaisses, et par places, où elles étaient détachées, on voyait des ulcères profonds et bien irréguliers, formant des cavités creuses.

L'enfant avait subi plusieurs atteintes de faux croup, comme dit la mère, à l'âge de 2 ans et a eu la rougeole avec pneumonie à l'âge de 6 ans, et plus tard, la petite vérole volante.

Actuellement, il a eu quelques poussées de fièvre avec transpiration la nuit, et présente des glandes au cou.

Notre éminent président, M. Besnier, à qui je l'avais adressé la semaine dernière a eu la bonté de m'envoyer son diagnostic en le désignant sous le nom d'eczéma séborrhéique.

Deux autres malades, que je vous présenterai tout à l'heure, accusent des altérations analogues, mais relativement plus graves, à cause des complications qui se sont développées du côté de l'organe visuel lui-même. L'eczéma des paupières, peut, en effet, entraîner des altéra-

tions du côté de la cornée, de l'iris et de la choroïde, si on n'arrête pas à temps le progrès du mal primitif, du mal qui a provoqué les altérations du globe oculaire lui-même.

Obs. II. — M. N..., âgé de 41 ans, demeurant à Paris, vint me consulter depuis une dizaine de jours, pour une affection très grave des yeux. Il est malade depuis plusieurs mois et a subi, dans une autre clinique, un traitement assez actif et énergique, mais sans résultat.

Je constate chez lui des taies anciennes vasculaires sur la cornée gauche, qui sont le résultat de l'ancienne atteinte d'eczéma, il y a deux ans. L'œil droit se présente sous des aspects bien plus graves; ses paupières sont rouges, couvertes de croûtes eczémateuses, et de plus, tout le globe de l'œil est rouge, injecté, la sclérotique enflammée s'est amincie dans un endroit, à tel point que la choroïde a fait saillie à travers son tissu pour former un petit staphylôme. La cornée est louche, trouble; l'iris enflammé.

En présence de pareils désordres, on se demande avec raison, si la maladie des paupières est pour quelque chose dans le développement des accidents cornéo-iridiens, et si ce n'est pas au contraire l'inflammation du globe oculaire qui a entraîné à sa suite des altérations de la peau des paupières.

Dans cette variété d'eczéma des paupières il y a plusieurs causes qui concourent au développement de la maladie. D'abord c'est la constitution anémique qui rend la peau très sensible, très irritable, et dont l'épiderme devient cassant; il se dessèche, tombe en morceaux et laisse la surface palpébrale dénudée.

Il y a ensuite là une autre cause de cette persistance et de la ténacité de la maladie; cette cause, c'est l'écoulement des larmes qui est très abondant, lorsque le bord palpébral est dévié par l'ulcère et la déviation du point lacrymal. Et comme les larmes, dans l'état même normal sont légèrement alcalines, elles deviennent bien plus corrosives, lorsqu'elles restent amassées entre les paupières et surtout chez les arthritiques, goutteux, etc. En s'écoulant donc sur la joue à travers les bords des paupières, elles deviennent par cela même une cause d'irritation en provoquant même l'eczéma palpébral.

Témoin le fait suivant que je vous présenterai à l'instant même, dont les détails ont été pris par un de mes assistants M. le Dr Salvani.

Obs. III. — M<sup>me</sup> M..., âgée de 58 ans, vint me consulter pour la première fois le 18 mars dernier, pour une inflammation très forte de l'œil gauche. J'avais constaté une blépharo-conjonctivite avec un eczéma des paupières; de plus, on pouvait distinguer sur les différentes parties de la face, du front et pourtour de l'oreille, des plaques herpétiques.

M<sup>me</sup> M... était atteinte, il y a trois ans, de l'herpès zona du front du côté droit, qui avait donné lieu à une inflammation de l'œil, aussi herpétique, guérie au bout de quelques mois de traitement.

Habituellement ses yeux sont très sensibles et larmoyants, mais depuis

son eczéma à l'œil gauche, le larmolement devient intolérable et les larmes sont très alcalines. Le canal lacrymal est rétréci, et le point lacrymal dévié.

Ces eczémas des paupières sont très tenaces et résistent souvent à tous les traitements. C'est pourquoi on doit être attentif dans l'emploi des médicaments et comme l'a dit très justement M. Besnier, dans la note qu'il m'a adressée il faut employer des pansements hydrargyriques faibles et non irritants.

En présence de la très grande irritabilité de la peau, j'obtiens le plus souvent d'excellents résultats avec des poudres de calomel porphyrisé, pur et mêlé avec la poudre d'acide borique porphyrisée.

Chez plusieurs de mes malades, j'ai dû abandonner l'usage de tous les liquides et des pommades, l'un et l'autre provoquant toujours l'irritation.

De plus j'emploie des douches d'eau pulvérisée-phéniquée avec naphthol à la dose d'acide phénique de 10 cent. pour 100 gr. d'eau et naphthol 0,05.

Je surveille l'état des voies lacrymales et j'incise le point lacrymal dévié. En outre, s'il y a des ulcères sur la cornée, j'emploie la pommade au phénate neutre d'hydrargyre.

#### **Lichen plan atrophique pigmenté.**

Par MM. E. GAUCHER, BARBE et BALLI.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société un malade atteint d'une affection cutanée, dont le diagnostic mérite d'être discuté.

C'est une éruption dont le début remonte à deux ans et demi déjà et qui semble s'être faite par poussées successives. Les lésions papuleuses, qui la constituaient primitivement, sont en général affaissées; elles se sont atrophifiées et l'on observe parfois à leur place de véritables macules cicatricielles.

Le plus souvent isolés, les éléments sont cependant, à certains endroits, réunis en plaques de dimension variable, mais n'atteignant jamais une bien grande étendue.

Les papules n'ayant pas encore subi complètement l'évolution atrophique, que nous avons mentionnée plus haut, sont pour la plupart recouvertes d'une squame brillante. Cette éruption, enfin, est le siège d'une pigmentation très prononcée, qui semble s'être établie rapidement.

Le prurit qui accompagne l'apparition de papules nouvelles est de courte durée, et actuellement le malade n'éprouve aucune démangeaison.



Tels sont les caractères généraux de l'affection donc nous vous présentons l'observation.

Edouard S..., 24 ans, charbonnier, est entré le 6 avril dernier à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Gaucher, salle Marjolin, n° 15

Rien de particulier à noter parmi ses antécédents héréditaires, sinon que ses parents présentent tous les deux une pigmentation très accusée des téguments.

A l'âge d'un an et demi, le malade a eu une coxalgie, qui a laissé derrière elle, une diminution de longueur du membre inférieur droit et une luxation de l'articulation coxo-fémorale. Il a été atteint aussi d'abcès multiples, dont il reste les cicatrices visibles surtout sur les régions lombaires et à la face dorsale des mains.

Depuis cette époque, le malade a toujours joui d'une bonne santé; depuis trois ans, toutefois, il est sujet à des troubles intestinaux occasionnés par une grande constipation.

Pas de rhumatisme, mais, depuis quelques jours, torticolis et douleurs rhumatoïdes. Pas de syphilis. Il y a quatre ans, le malade aurait eu une blennorrhagie qui aurait duré huit jours.

Il y a deux ans et demi, éruption, au niveau des mollets, de petites papules, rouges, assez prurigineuses. — Au bout d'une huitaine de jours, disparition des démangeaisons et apparition de quelques squames brillantes. Les lésions se pigmentent rapidement et les squames tombent.

Il y a un an, éruption de papules semblables sur le tronc, ayant suivi la même évolution, mais accompagnées de prurit moins intense.

Depuis cette époque, le malade a éprouvé, de temps à autre, quelques démangeaisons sur le corps et il est à supposer qu'il a fait plusieurs poussées analogues aux précédentes, mais ne s'étant jamais bien observé, il ne peut nous renseigner à ce sujet.

En examinant le malade, on est frappé de la pigmentation prononcée des téguments; on constate, en outre, une éruption à petits éléments papuleux, plus ou moins affaîssés, de coloration noirâtre, tantôt isolés, tantôt réunis en plaques.

Les mains, les pieds, le cou, la face et les muqueuses sont les seules parties du corps où l'éruption fasse défaut.

Les éléments sont en nombre variable et présentent des caractères particuliers suivant les parties où on les observe. Ils ne sont actuellement le siège d'aucune démangeaison.

*Membres supérieurs.* — A droite : quelques taches d'un millimètre et demi de diamètre environ, de coloration noirâtre, disséminées sur le bras et sur la face interne du coude.

A gauche : éruption semblable sur le bras. Une tache un peu plus large sur la face postéro-externe de l'avant-bras.

Ces lésions diffèrent de celles du tronc par leur coloration moins foncée et leur aspect moins brillant dû à l'absence des squames à leur niveau.

De plus, les éléments sont tous isolés et les papules primitives atrophiées et réduites à de simples taches.

*Membres inférieurs.* — L'aspect général de l'éruption à ce niveau rappelle celui de l'éruption des membres supérieurs.

Elle siège principalement sur les faces internes des cuisses et sur les mollets.

A côté de taches noires assez foncées, on constate en différents points, surtout aux mollets, des taches faiblement pigmentées, trace de la première éruption.

*Tronc.* — *En arrière :* La région supérieure des épaules ne présente aucune lésion ; il en est de même au niveau de l'omoplate du côté droit.

Dans tout le reste du dos, les lésions sont abondantes et présentent des aspects variables. Tantôt ce ne sont que des taches faiblement pigmentées, tantôt ce sont des taches franchement noires, recouvertes ou non d'une squame brillante. A certains endroits, au lieu de taches, ce sont des papules ; sur d'autres, les lésions, au lieu d'être isolées, sont confluentes de façon à former une plaque. C'est ainsi qu'à trois travers de doigt environ à droite de la colonne dorso-lombaire, on observe une plaque formée par la réunion de dix ou quinze papules ; cette plaque, de 1 centimètre de diamètre environ, est noirâtre et faiblement déprimée ; à sa surface, on remarque quatre ou cinq éléments recouverts d'une squame brillante. Ailleurs enfin, il existe des plaques dépigmentées au centre et entourées de quelques éléments brunâtres non recouverts de squames, tantôt nettement isolés, tantôt réunis entre eux. Quelques-unes de ces plaques sont le siège d'une certaine induration : il existe à leur niveau un véritable tissu cicatriciel. Des plaques semblables existent sur les parties latérales gauches de la colonne dorsale, en haut de la région lombaire et sur les parties latérales de la région sacrée.

*En avant :* La partie antérieure du thorax est presque entièrement saine ; sur les parties latérales, au contraire, les éléments sont très abondants et en général isolés les uns des autres. A gauche, toutefois, dans la région axillaire, il existe une plaque formée par la réunion de plusieurs éléments.

Sur l'abdomen, les éléments sont en général plus nettement papuleux qu'ailleurs, et la squame qui les recouvre leur donne un aspect brillant ; à certains endroits, cependant, on ne constate que des taches plus ou moins fortement pigmentées, déprimées et atrophiées.

Sur les parties latérales les lésions sont bien plus abondantes qu'en avant.

A droite de l'ombilic, on observe une plaque d'aspect assez terne par suite de la disparition des squames sur les éléments qui la composent.

*Verge.* — Sur la verge, il existe trois petites papules affaissées, recouvertes d'une squame brillante ; l'une sur la face dorsale près de la racine de la verge, les deux autres sur les parties latérales, l'une à droite, l'autre à gauche ; cette dernière est la plus étendue des trois et mesure presque la dimension d'une lentille.

Nous sommes donc en présence d'une éruption généralisée, primitivement papuleuse et prurigineuse, dont les éléments se sont rapidement pigmentés, puis atrophiés.

Est-ce une syphilide lichéniforme ou une variété de lichen plan atrophique pigmenté?

L'absence d'accidents syphilitiques antérieurs, le prurit du début, l'aspect brillant de certaines papules nous font pencher en faveur de cette dernière affection.

La pigmentation très accusée des téguments, que l'on retrouve aussi bien chez notre malade que chez ses parents, peut être invoquée pour expliquer la pigmentation peu ordinaire de l'éruption.

En somme, cette éruption nous paraît constituer une variété tout à fait spéciale de lichen plan atrophique pigmenté.

M. DUBREUILH. — Il me semble que dans le cas de M. Gaucher le mot atrophique n'est peut-être pas très justifié car les dépressions cicatricielles sont très minimes.

M. DARIER. — Je rappellerai que la dénomination lichen plan atrophique a déjà été donnée à des lésions bien spéciales différentes d'aspect de celles présentées dans ce cas de lichen.

Pour éviter toute confusion, il vaudrait mieux, je crois, supprimer dans l'observation de M. Gaucher le mot atrophique.

M. BARBE. — Je ferai remarquer que le malade n'a jamais pris d'arsenic.

#### Sur deux formes d'acné cornée.

Par MM. HALLOPEAU et JEANSELME.

Nous avons dit dans la dernière séance, lors de la discussion qu'a soulevée la communication de M. Tenneson sur une *variété non décrite d'acné*, que nous avions observé depuis moins d'un an trois faits qui s'en rapprochaient plus ou moins.

En nous reportant à la discussion de l'acné cornée telle qu'elle a été faite magistralement par notre regretté maître Hardy et complétée par MM. Leloir et Vidal, nous nous sommes convaincus que ces cas doivent y être rattachés, mais que cependant ils ne sont pas tous identiques et qu'il y a lieu de distinguer plusieurs formes de cette acné cornée. En effet, ces trois cas ne sont pas eux-mêmes identiques : si les lésions élémentaires y sont très analogues quant à leurs caractères objectifs, il n'en est pas de même quant à leur localisation et leur mode de groupement : or, ce sont là, selon toute vraisemblance, des caractères différentiels d'une importance capitale et suffisants pour indiquer qu'il s'agit d'espèces distinctes.

Sur nos trois faits, il en est un qui se rapproche de celui de M. Tenneson ; son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

La nommée Anna B..., âgée de 25 ans, fait remonter à cinq mois environ le début de son affection ; elle s'est, en effet, aperçue à cette époque que sa peau devenait rude et comme râpeuse au niveau de ses poignets ; bientôt la même modification s'est manifestée sur la face postérieure des avant-bras, aux coudes, sur le moignon de l'épaule, sur le bord postérieur de l'aisselle, aux fesses et sur la face externe des membres inférieurs. Lorsque nous examinons pour la première fois cette malade, le 9 octobre 1894, à notre policlinique, nous constatons qu'elle n'a pas d'acné dans les lieux d'élection ; les régions que nous venons d'indiquer sont seules occupées par les lésions. Celles-ci ont évidemment pour siège les glandes sébacées : elles sont constituées par des comédons qui, par places, sont filiformes, colorés en noir et mesurent plusieurs millimètres de longueur ; ils reposent sur la saillie d'un follicule pilo-sébacé. Celle-ci peut être légèrement colorée en rouge pâle. L'aspect de cette éruption rappelle celui du pityriasis rubra pilaire ; elle est distribuée en groupes dont les plus petits comptent de trois à quatre éléments alors qu'on en compte vingt dans de plus grands et qu'ils deviennent innombrables dans les plus étendus. Ces groupes ne sont pas nettement limités ; les plus considérables occupent les bords postérieurs des aisselles, les coudes, les régions postéro-externes des avant-bras et les fesses ; dans les parties où les altérations sont moins prononcées, on note seulement un état chagriné de la peau donnant à la main une sensation de rudesse ; il en est ainsi à la partie postérieure du cou. Il n'y a pas de troubles de la santé générale.

Nous avons revu depuis lors deux fois la malade et nous avons pu constater que sa dermatose avait suivi une marche rapidement progressive : le 3 janvier, l'éruption était presque généralisée sur les avant-bras ; on y distinguait des intervalles de peau saine de forme nummulaire ou plus étendus ; l'éruption était symétrique, le visage était épargné.

Les saillies folliculaires sont très prononcées aux membres inférieurs : elles y atteignent les dimensions d'un gros grain de millet.

Les parties atteintes sont, le soir, le siège d'un prurit intense.

La distribution en groupes des comédons, leur extension progressive, leur prédominance sur les bords postérieurs des aisselles et la face dorsale des membres, sont autant de caractères qui séparent ces lésions folliculaires de l'acné vulgaire ainsi que du type représenté par nos deux autres malades, dont les observations paraissent calquées l'une sur l'autre.

Celles-ci peuvent être résumées ainsi qu'il suit :

Marie T..., âgée de 24 ans, de constitution vigoureuse, porte depuis quelques années sur la partie inférieure de la région dorso-lombaire, de chaque côté de la colonne vertébrale, de nombreux comédons occupant une surface de l'étendue de la main. Chacun de ces deux placards s'étend de la dixième côte à la crête iliaque et même un peu au-dessus ; ils mesurent 22 centim. verticalement sur 6 transversalement dans la région dorsale, 10 dans la région lombaire ; en dedans, l'éruption ne commence qu'à 4 centim. de la crête du rachis. Le nombre des glandes sébacées

intéressées s'élève à plusieurs centaines. Chaque comédon, d'un brun foncé ou noirâtre, dilate l'orifice glandulaire, le fait saillir légèrement et le dépasse d'un demi à 1 et même 2 millim. Si l'on vient à énucléer par pression l'une de ces petites concrétions, ce qui est très facile, on obtient une sorte de perle cornée, presque translucide, qui glisse et s'échappe comme un noyau de cerise, quand on essaie de l'écraser entre deux lames de verre. Son extrémité profonde est plus molle, blanchâtre et l'on voit partir de son sommet un poil follet, ce qui montre bien que la lésion intéresse un follicule pileux.

Entre les comédons qui représentent la lésion en acte, sont disséminées de nombreuses cicatrices superficielles, blanchâtres, circulaires, mesurant jusqu'à 5 millim. de diamètre, un peu saillantes à leur périphérie et légèrement déprimées à leur centre d'où émerge un poil. Elles sont consécutives à des suppurations qui, au dire de la malade, se renouvellent chaque année; des taches pigmentées reconnaissent la même origine.

On observe encore quelques groupes de comédons sur la partie antérieure de la ceinture, ainsi qu'au-dessous de l'ombilic. Ils présentent dans cette région leur plus grande abondance sur la ligne médiane et occupent une surface qui mesure horizontalement environ 20 centim. sur 8 verticalement : au-dessus de l'ombilic, les plus élevés atteignent l'appendice xiphoïde. Quelques comédons erratiques occupent les conques des oreilles, les aisselles, les aines, le pubis, les cuisses et les jambes.

Sur la face dorsale des bras, il existe de la kératose pileaire. Les poils sont enroulés et cachés dans l'épaisseur de petits cônes épidermiques.

Le cuir chevelu est le siège d'une séborrhée abondante.

La face est parcourue par de nombreuses varicosités capillaires, mais on n'y observe pas de lésions acnéiques.

Les muqueuses, en particulier la muqueuse buccale, sont indemnes.

La malade, traitée par la pommade soufrée, était en voie d'amélioration rapide, quand elle sortit de l'hôpital Saint-Louis quinze jours après le début du traitement. La plupart des comédons ont été éliminés et l'on voit à leur place les orifices dilatés des follicules pilo-sébacés qu'entourent par la plupart des saillies blanchâtres et pigmentées.

Obs. III. — Georges B..., âgé de 36 ans, sujet bien constitué, exempt d'acné vulgaire, porte dans la partie inférieure de la région dorsale des comédons filiformes, de coloration noirâtre, longs d'environ un millimètre; ils ne sont pas agminés; ils sont localisés de chaque côté au-dessus de la partie postérieure de la crête iliaque, remontent jusqu'à la dernière côte et restent distants d'environ 8 centimètres de l'épine dorsale; on voit au-devant du tronc un très petit nombre de filaments erratiques; les follicules pilo-sébacés forment une légère saillie autour de ces concrétions.

L'examen histologique d'un fragment de peau enlevé chez la malade de l'observation II, pratiqué par l'un de nous, a montré une dilatation énorme, en forme de cupule régulière, de l'orifice des follicules pilo-sébacés contenant des comédons.

Le revêtement épithélial qui tapisse le goulot évasé des follicules altérés n'offre aucune lésion appréciable. La couche de Malpighi est épaisse; elle

n'est pas creusée d'espaces vacuolaires comme cela s'observe dans l'affection dite psorosperme végétante. La couche granuleuse est très nette.

Le contenu du follicule a été étudié sur les coupes et sur des fragments dissociés. Il consiste en un amas de cellules cornées parfaitement kératinisées. La graisse y est en quantité minime. Il n'y a pas ces grains durs, d'aspect corné, qui sont si abondants dans la psorosperme. Les dissociations dans la potasse au centième ou l'ammoniaque diluée montrent des figures rondes, à double contour, renfermant parfois deux à quatre figures semblables mais plus petites. Leur diamètre assez variable égale ordinairement celui d'une hématie ou d'un leucocyte. Les figures sont libres ou incluses dans des cellules kératinisées ; certaines en contiennent une vingtaine. Elles sont réparties très inégalement dans les préparations ; en certains points, elles sont d'une extrême rareté. Elles ne doivent pas être considérées comme des produits de dégénération cellulaire ou des coccidies. Tel est, du moins, l'avis de MM. Malassez et Darier qui ont examiné nos préparations. M. Malassez pense que l'action de bases énergiques, en agissant sur les cellules kératinisées ou sur la graisse, peut produire ces figures qu'il faudrait regarder, dans cette hypothèse, comme un artifice de préparation.

Le derme sous-jacent aux dilatations folliculaires est parsemé de cellules rondes et fusiformes en plus grande quantité qu'à l'état normal, ce qui est l'indice d'un état irritatif léger.

Ces altérations présentent de l'analogie avec celle de l'ichtyose ; mais l'absence complète de desquamation ne permet pas de rattacher ces lésions folliculaires à une forme anormale de cette maladie.

Cette forme diffère de l'acné vulgaire par ses localisations, par l'absence presque complète de graisse dans les comédons et par l'aspect filiforme de ces concrétions : selon toute vraisemblance, le processus irritatif qui donne lieu à ces lésions ne reconnaît pas la même cause prochaine que celui de l'acné vulgaire ; tandis, en effet, que celle-ci paraît due surtout à un trouble dans l'évolution des matières grasses qui se trouvent éliminées en quantité anormale et sont douées de qualités qui les rendent phlogogènes, soit directement, soit par les microbes spéciaux qui y trouvent un milieu favorable, rien de semblable ne peut être invoqué pour les productions sèches de nos deux derniers malades ; il y aura lieu de rechercher si l'on peut invoquer pour ces concrétions comme pour celles de l'acné vulgaire une intervention microbienne.

En attendant, ce type doit être considéré comme caractérisé par la localisation des comédons filiformes sur les côtés de la région dorsolombaire, par leur sécheresse, leur défaut de groupement et leur persistance indéfinie sans tendance à évoluer non plus qu'à supprimer ; semblable à celui qu'a décrit M. Tenneson par l'aspect des comédons, il en diffère par le défaut de groupement, par les localisations et surtout par ce fait qu'il n'y a pas de tendance à évoluer et à envahir



de nouvelles régions. Les examens histologiques permettent également d'éloigner, tout au moins pour notre deuxième type, l'hypothèse d'une parenté avec la maladie de Lutz et Darier.

En résumé, nous tirerons de nos trois faits cette conclusion qu'il y a lieu de distinguer deux formes dans l'acné cornée de Hardy : l'une d'elles est localisée surtout aux membres ; les éléments y sont disposés en groupes ; la maladie présente une évolution ; l'autre est localisée au niveau de la partie inférieure de la région dorso-lombaire ; les éléments y sont disséminés ; ils persistent indéfiniment sans se modifier ni se multiplier.

M. TENNESON. — Je ne puis rien dire des malades de M. Hallopeau. Mais le moulage que nous montre notre collègue, ne ressemble pas à l'acné que j'ai présentée à la Société, et cette acné diffère cliniquement et histologiquement de l'acné cornée de Vidal et Leloir.

M. LEREDDE. — J'ai relevé dans le cas de M. Tenneson la présence de lésions intenses des glandes sébacées envahies par des globules blancs. Ces lésions ne sont pas notées par MM. Vidal et Leloir dans leur description d'une acné cornée ni dans la figure adjointe au texte. Quant aux lésions superficielles elles m'ont paru semblables.

M. BARTHÉLEMY. — Les moulages et les malades dont vient de nous parler M. Hallopeau me semblent bien nettement devoir être rangés dans la classe des acnés cornées. Il n'en est nullement de même dans le cas si remarquable et si rare, à mon avis, que M. Tenneson a montré dans la dernière séance. C'est le seul cas de cet ordre que j'aie jamais vu, soit depuis quinze ans que je fréquente l'hôpital Saint-Louis ; et pourtant lorsque je faisais mes recherches, soit sur l'étiologie de l'acné, soit sur l'acné, j'ai été à même d'observer un grand nombre de malades atteints d'affections des glandes sébacées et des diverses variétés d'acné. Ce qui est frappant dans ce cas de M. Tenneson, c'est que la lésion atteint tous les follicules sébacés d'une région nettement circonscrite et qu'elle semble limitée à l'orifice, à l'ostium ou au goulot desdits follicules. De plus, la surface malade est rouge, disposée en zone bien circonscrite, quoique sinueuse, en placards nettement délimités par une mince bordure plus rouge qui s'arrête brusquement, la surface étant piquée de points rouges, secs, saillants, granuleux, siégeant, je le répète, à l'exclusion d'autres points sur tous les follicules pilo-sébacés de la zone malade. Or, je ne trouve là aucun des caractères de l'acné, pas plus de l'acné cornée que d'une autre variété, d'acné pileaire par exemple. Cette affection cutanée se trouve mélangée à diverses lésions franchement acnéiques, mais s'en sépare aussi nettement que de la kératose pileaire. Il paraît évident aujourd'hui, en effet, qu'on ne saurait appeler du nom d'acné indistinctement toutes les lésions des follicules pilo-sébacés.

Il me semble donc utile d'ouvrir un dossier spécial où les observateurs puissent introduire tous les cas analogues, celui de M. Tenneson étant pris pour un type. Sans préjuger en quoi que ce soit de la nature de cette der-



matose, je proposerais, en attendant mieux, une dénomination bien distincte, par exemple, *sébacie miliaire* ou *folliculeuse*, ou encore *granulo-sébacie* circonscrite, ou tout simplement *érythro-sébacie*, rappelant ainsi la terminologie du psoriasis qu'on n'a pas attendu non plus de connaître dans sa nature pour le baptiser. Quoi qu'il en soit, à mon avis du moins, il ne saurait être ici question d'acné cornée.

M. L. WICKHAM. — Je me souviens d'avoir vu en Angleterre, décrits sous le nom de « comédons groupés », des lésions voisines de celles actuellement en discussion, mais qui doivent à coup sûr en être séparées.

Pour Thin et Radcliffe-Crocker, la maladie dite « comédons groupés » diffère des comédons vulgaires en ce qu'elle n'a aucun rapport avec l'acnée vulgaire ; elle s'en distingue par son évolution, sa topographie et son étiologie. Cette affection existerait surtout à la face, serait symétrique, et consisterait dans l'agglomération très dense de points noirs multiples plus ténus, plus égaux entre eux que ne le seraient des comédons ordinaires.

#### Deuxième cas de névrite syphilitique du nerf cubital.

Par MM. GAUCHER, SERGENT et CHAMPENIER.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un deuxième cas de névrite syphilitique du nerf cubital droit. Je vous en ai déjà montré un cas, en collaboration avec le Dr Barbe, dans la séance du 10 janvier 1895.

Obs. — Marguerite J..., âgée de 34 ans, employée de commerce, est entrée à l'hôpital Saint-Antoine le 2 février 1895, salle Nélaton, service de M. le Dr Gaucher.

Veuve depuis huit ans, elle a eu un seul rapport sexuel vers la fin de novembre 1894. Dans les premiers jours de janvier elle a remarqué, sur la face interne de la petite lèvre droite un bouton dur. A son entrée, on ne retrouve pas la trace de ce bouton.

Elle présente alors une roséole très nette sur la poitrine et quelques papules caractéristiques sur l'abdomen. Pas de plaques muqueuses, quelques ganglions dans les aines et au cou. Angine glandulo-catarrhale. La roséole disparaît au bout de deux jours, les papules persistent une semaine environ et ne laissent pas de traces. Pendant son séjour, la malade a présenté une autre papule à la nuque du côté gauche, papule qui a laissé à sa place une tache cuivrée.

La malade se plaint d'une violente céphalée qui existe depuis la fin de décembre 1894. Elle s'est déjà soignée, elle a pris de l'antipyrine pendant quelque temps, elle s'est frictionnée avec divers liniments sans parvenir à atténuer les maux de tête qui l'empêchent de dormir.

Outre cette céphalée, il existe une névralgie faciale droite avec ses points douloureux caractéristiques : sus-orbitaire, sous-orbitaire, menton

nier et auriculo-temporal. Cette névralgie est paroxystique et fait souffrir la malade surtout le matin.

Elle présente aussi des névralgies intercostales droites multiples, avec points douloureux au niveau d'émergence des branches antérieures, latérales et postérieures.

L'état général est bon, pas de fièvre, pas d'albuminurie.

Depuis la fin de janvier, la malade ressent dans le petit doigt de la main droite et dans la moitié interne de l'avant-bras du même côté des fourmillements et de l'engourdissement. Ces fourmillements, inconstants au début, se sont accentués, ils ont envahi l'annulaire et maintenant ils sont continus; ils sont plus intenses la nuit. La malade trouve que sa main droite est moins forte et qu'elle se fatigue rapidement lorsqu'elle travaille.

*Troubles sensitifs.* — Si l'on explore la sensibilité de la main et de l'avant-bras droits, on voit que la région innervée par le cubital est seule atteinte. Les diverses sensibilités sont presque abolies au petit doigt, elles sont diminuées à l'annulaire, à la moitié interne du médus, aux faces dorsale et palmaire de la partie interne de la main, au bord cubital de l'avant-bras.

*Troubles moteurs.* — Lorsqu'on fait serrer un de ses doigts entre le pouce et le petit doigt ou l'annulaire de la malade, on constate une grande diminution de la force musculaire du côté droit, si l'on compare au résultat obtenu du côté gauche (adducteur du petit doigt). La différence, sans être aussi grande, est néanmoins sensible lorsque la malade pince avec le pouce et l'index (grand adducteur du pouce). La force dynamométrique est notablement diminuée à droite. Elle est de 11 à droite, tandis qu'elle est de 35 à gauche.

On pourrait croire que le médian est aussi touché. En effet, lorsqu'on fait placer la main droite dans la flexion forcée et qu'on ordonne à la malade de la maintenir dans cette position, en luttant contre la force qu'on déploie pour l'étendre, on voit qu'elle résiste moins que du côté gauche. Mais la différence est si faible qu'on peut l'expliquer par la parésie des muscles de l'avant-bras qui sont innervés par le cubital (faisceaux internes du fléchisseur profond).

*Traitement.* — On prescrit deux pilules de sublimé d'un centigr. par jour, pilules que l'on remplace au bout de quelques jours par des injections hypodermiques de benzoate de mercure (un centigr. par jour), parce que la malade présente des symptômes d'intolérance gastrique. On donne aussi, contre les névralgies, de l'antipyrine pendant quelques jours.

Le 13 février, la névralgie faciale a diminué d'intensité, il n'existe plus d'accès paroxystiques, les douleurs sont sourdes, les points d'émergence des hanches du trijumeau sont toujours sensibles à la pression.

*Atrophie musculaire.* — Le 23 février, la malade nous fit remarquer que le bord interne de sa main droite s'aplatit; il est, en effet, légèrement aplati et le dernier espace interosseux est plus déprimé à droite qu'à gauche (adducteur du petit doigt et interosseux du quatrième espace). L'éminence thénar est également légèrement aplatie (grand adducteur du pouce).

Le 1<sup>er</sup> mars, tous les espaces interosseux de la main droite sont plus accentués que du côté gauche. La force dynamométrique est toujours de 11 à droite et de 35 à gauche.

Le 10. La force dynamométrique est de 20 à droite; elle est de 25 le 22 mars. Le mieux s'accroît chaque jour, bien que les espaces interosseux ne soient pas normaux. La sensibilité ne s'améliore pas.

Le 1<sup>er</sup> avril, la malade quitte le service, les espaces interosseux sont peut-être encore un peu déprimés, la malade pince certainement moins fort du côté droit que du côté gauche. La force dynamométrique est remontée à 31 du côté droit, elle est toujours de 35 à gauche. Les fourmillements que la malade ressentait dans l'annulaire, dans l'auriculaire, dans le bord interne de l'avant-bras du côté droit, existent toujours.

Les douleurs remontent même plus haut; elle souffre dans le bras, bien qu'on ne constate pas de différence dans la force musculaire entre les deux bras. Elle nous dit que son bras droit se fatigue rapidement.

La sensibilité est, ce qu'elle était au début, obtuse dans la région innervée par le cubital.

La céphalée, la névralgie faciale sont guéries, mais les névralgies intercostales sont toujours aussi violentes et ne sont calmées que par le stypage.

En résumé, il s'agit d'un cas de syphilis, à la période secondaire, avec manifestations nerveuses multiples. La céphalée, les névralgies faciale, intercostale, avec accès paroxystiques, surtout nocturnes, sont fréquentes dans la syphilis. Quant à la névrite accompagnée, elle aussi, de phénomènes douloureux avec paroxysmes nocturnes, on est obligé de la rattacher à la syphilis, car on ne trouve aucune autre cause.

La malade ne présente pas de symptômes d'hystérie, ni d'aucune intoxication.

Dans les recherches que nous avons faites sur ce sujet, nous avons trouvé un autre cas de névrite syphilitique du nerf cubital. Ce cas est dû au professeur Neumann. L'observation a été publiée à Vienne en 1886 (1). En voici le résumé :

A. L..., âgé de 38 ans, entre le 16 décembre 1885 à l'hôpital. Phimosi. Sur la paroi interne du prépuce on sent une nodosité dure, allongée, un peu plus grosse qu'une fève. Sur le raphé pénoscrotal, plaques muqueuses; sur le tronc et les membres, syphilides maculeuses. En avril et mai, périostite de la face interne du tibia gauche et de la malléole externe gauche.

Le 16 mai, sensation de fourmillements sur le côté cubital de l'avant-bras gauche, dans l'annulaire et le petit doigt du même côté. Les nerfs du plexus brachial sont sensibles à la pression et notamment le nerf cubital sur tout son trajet; la compression du nerf médian est moins douloureuse, celle du nerf radial ne provoque pas de douleurs. Les espaces interosseux sont déprimés, notamment entre les métacarpiens de l'annulaire et du petit doigt. Tous les muscles innervés par le cubital sont atrophiés,

(1) *Wiener mediz. Blätter*, 1886, nos 46 et 47.

L'extension de l'annulaire et du petit doigt est incomplète au niveau des articulations phalangiennes.

Hyperalgésie de tout le côté cubital de l'avant-bras gauche.

Les nerfs du membre inférieur gauche se montrent également sensibles à la pression, pendant tout le cours de la maladie.

Nous terminerons cette communication en faisant remarquer que, dans notre observation, comme dans celle du professeur Neumann, les manifestations nerveuses ont été unilatérales, à gauche dans l'observation du professeur Neumann, à droite dans la nôtre. C'est également à droite que siégeait le premier cas de névrite du nerf cubital présenté précédemment par MM. Gaucher et Barbe.

M. BARTHÉLEMY. — Je prie mon excellent ami M. Gaucher de vouloir bien indiquer si dans son cas de névrite du cubital de la période secondaire de la syphilis, il y avait ou non des périostites multiples comme il arrive si, fréquemment au début de l'infection. En effet, j'ai observé il n'y a pas encore bien longtemps un cas de névrite du nerf cubital de cette même période secondaire avec troubles sensitifs et moteurs, et plus tard avec une atrophie très marquée des muscles dans le département bien circonscrit de la partie inférieure du nerf cubital. Or, chez ma malade, il y avait une périostose du corps du cubitus assez développée pour comprimer le nerf, et c'est au fur et à mesure qu'elle se développait que l'atrophie s'accroissait ainsi que les autres signes. Toutefois ceux-ci existaient longtemps avant que la tumeur fût manifeste et alors qu'il n'y avait encore qu'une minime inflammation du périoste. Toutes ces lésions, du reste, guérissent très bien par le mercure. Dans certains cas, ces périostites infectieuses sont remarquablement multiples et précoces formant tumeur ou non. Aux côtes, elles sont assez douloureuses dans toute l'étendue des os, pour qu'on puisse les prendre pour des névralgies, (un de mes cas s'est accompagné de pleurésie sèche); on en constate aussi aux clavicules, aux os longs, aux os du crâne. J'observe dans ce moment même une malade qui a une double exostose frontale très marquée alors que le chancre syphilitique n'est pas encore guéri et que la roséole apparaît à peine. Un certain nombre de névralgies faciales n'ont pas d'autre cause que la périostite qui comprime les nerfs dans les conduits osseux et une notable quantité de ces cas de paralysies ou même d'hémiplégies de la période secondaire qui guérissent si vite et si bien par le traitement, sont dus à des périostoses précoces de la table interne des os crâniens. Ces cas de périostites précoces et multiples sont trop habituels dans la période initiale de l'infection syphilitique pour qu'on n'y songe pas tout d'abord avant de penser aux névrites périphériques pures.

M. GAUCHER. — L'examen le plus complet n'a révélé ni périostite ni exostose. La névrite syphilitique pure ne peut faire de doute dans mon observation.

**Réflexions à propos d'une autopsie de maladie de Dühring.**

Par PAUL GASTOU.

Les autopsies de maladie de Dühring sont rares, il m'a paru intéressant de relater celle d'une malade morte récemment, dans le service de M. le professeur Fournier, de cette maladie.

L'histoire de la nommée L. A..., âgée de 60 ans, n'offre aucune particularité saillante ; elle a présenté cliniquement le type bien établi par M. Brocq de dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives.

Durant le court séjour qu'elle a fait dans le service, l'attention n'a pas été attirée par d'autres phénomènes pathologiques que ceux présentés par le tégument cutané.

La mort s'est produite rapidement et fut rapportée à une affection thoracique intercurrente.

*Autopsie.* — L'autopsie est faite vingt-six heures après la mort, la rigidité cadavérique persiste, quelques plaques violacées abdominales dénotent un début de putréfaction. Le corps est parsemé de nombreuses pustules ; en quelques points, et en particulier sur le bras droit, il existe des bulles à contenu hémorrhagique.

Les extrémités inférieures sont fortement œdématisées, tandis que le thorax, l'abdomen, les membres supérieurs sont amaigris. Il existe une escarre sacrée de la dimension d'une pièce de deux francs.

A l'ouverture du thorax, la cavité pleurale gauche contient un liquide séreux, légèrement opaque, dont la quantité peut être évaluée à 500 gr. environ. Des adhérences lâches cloisonnent la plèvre droite. Le cœur pèse 390 gr., il existe une symphyse cardiaque totale, les parois du cœur et le sac péricardique ne font qu'un.

Ventricule gauche vide de sang, hypertrophie des parois, teinte feuille morte, sans lésions endocardiques ou valvulaires, sans athérome.

Ventricule droit : quelques caillots récents. Aorte normale, non dilatée, non athéromateuse, adhérences au péricarde.

Poumon gauche, poids 410 grammes, emphysème des bords et de la base. A la coupe, aspect marbré, violacé, écoulement de sérosité sanguinolente. Hépatisation de la base, splénisation du sommet.

Poumon droit, poids 720 gr., les lésions sont identiques à celles du poumon gauche, mais plus marquées. Des fragments de poumon pris à la base gagnent le fond de l'eau.

Les ganglions du médiastin, les ganglions péri-carotidiens, péri-œsophagiens, pré-vertébraux supérieurs sont tuméfiés. La plupart d'entre eux sont suppurés. A la coupe, il s'écoule un pus jaunâtre, épais, non fétide.

Sur le côté gauche de la colonne vertébrale, au niveau des troisième, quatrième et cinquième cervicales, s'étend une poche purulente. Cette poche ouverte, on arrive sur la face antérieure des vertèbres qui sont

cariées, spongieuses, friables, infiltrées de pus depuis la troisième jusqu'à la sixième cervicale.

Le pharynx et le larynx sont normaux. L'œsophage a ses parois hypertrophiées et forme un conduit rigide d'un aspect tout à fait anormal.

La cavité abdominale contient une faible quantité de liquide citrin.

L'estomac et l'intestin ne présentent aucune altération appréciable.

Le foie ne déborde pas les fausses côtes, il pèse 1,620 gr. La surface est violacée, parsemée de quelques noyaux blanchâtres de la dimension d'une tête d'épingle. L'un de ces noyaux énucléé est constitué par une matière crétacée. La coupe donne peu de sang. Le parenchyme est mou. La bile est d'aspect normal.

La rate est atteinte de périsplénite; son poids est de 160 grammes; elle est dure, son parenchyme violacé creusé de places en places de petites cavités lenticulaires, irrégulières, remplies d'une matière blanc jaunâtre.

Le rein gauche pèse 135 grammes, capsule non adhérente. Nodules crétacés dans la région des pyramides qui est d'aspect violacé et très atrophiée. La substance corticale est en certains points très augmentée de volume et semble avoir pris la place de la substance pyramidale; en d'autres points, au contraire, elle est réduite à l'état de mince lamelle.

Le rein droit pèse 150 grammes et offre le même aspect.

Les méninges sont congestionnées le long du sillon longitudinal supérieur. La pie-mère adhère à la dure-mère au niveau des circonvolutions antérieures.

Œdème cérébral léger sans autre altération appréciable. Athérome des artères cérébrales.

Moelle sans lésions appréciables macroscopiquement.

*Examen histologique et bactériologique.* — L'examen histologique n'a été complet que pour les reins, le foie et la rate.

Les altérations rénales sont celles de la néphrite mixte: le tissu conjonctif est par places très épaissi et dans ces points l'atrophie glomérulaire et tubulaire prédomine, on y voit également quelques tubes dilatés. La lésion la plus constante est la tuméfaction de l'épithélium des tubes contournés, l'infiltration granuleuse, avec obstruction de la lumière de ces conduits. Les tubes droits ont leur épithélium également tuméfié et trouble. Il n'existe pas de dégénérescence graisseuse.

Le foie est peu altéré, à part la dilatation du réseau intertrabéculaire, on ne voit rien de marqué.

La rate est parsemée de petits abcès miliars, dont le développement semble s'être fait dans les gaines vasculaires.

Le contenu de ces abcès de même que celui des ganglions et le liquide pleural, le pus et la sérosité des bulles, ont étéensemencés.

Le liquide pleural cultive sous forme de colonies hémisphériques d'un gris sale, constituées par de gros microcoques groupés en chainettes de trois à six ou huit éléments et en amas irréguliers.

Le pus des ganglions, le contenu des abcès donnent des cultures de bacilles saprophytes et de coli.

L'ensemencement du pus et du liquide hémorragique des éléments éruptifs reste stérile.



RÉFLEXIONS. — Trois points me semblent à retenir dans la relation de cette autopsie :

- 1° La stérilité des ensemencements des liquides des bulbes ;
- 2° La présence d'un mal de Pott, n'ayant donné aucun signe de son existence pendant le séjour de la malade à l'hôpital ;
- 3° La constatation des lésions rénales très nettes, d'altérations diffuses portant à la fois sur le tissu conjonctif et sur le parenchyme.

Peut-on de ces faits tirer quelques notions relatives à la pathogénie de la maladie de Dühring et par suite à son traitement ?

1° En premier lieu l'examen bactériologique ne prouve pas grand-chose. Ici la stérilité des liquides bulleux a été nettement constatée. Dans quatre autres cas de maladie de Dühring, pour lesquels l'ensemencement des bulles eut lieu pendant la vie, voici les résultats : un cas à ensemencement stérile, un cas où le liquide séreux donna un diplocoque indéterminé ; un cas où le liquide purulent contenait un staphylocoque blanc ; un dernier cas récent suivi de mort où le pus, fait curieux, de coloration verte pendant la vie, donna une magnifique culture verte.

Donc rien de bien spécifique comme microbe.

2° S'agit-il en second lieu d'une simple coïncidence, d'un hasard d'autopsie que la présence de ce mal de Pott chez la malade actuelle ? Ou bien y a-t-il relation de cause à effet entre cette lésion et la maladie cutanée ? Et ne peut-on pas supposer qu'une altération médullaire ou névritique consécutive à ce mal de Pott ait été la cause de la maladie ? M. le Dr Brocq, dans son travail sur la dermatite herpétiforme de Dühring (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1884, 1885, 1886, G. Masson, 1888), pose la question en ces termes :

« Ce qui paraît, malgré l'insuffisance de documents précis, assez bien établi par l'examen attentif des seuls faits cliniques, c'est que le système nerveux joue un rôle quelconque dans le mécanisme de productions des phénomènes cutanés.

Que ce rôle soit primitif, et que l'affection soit une dermato-neurose pure, ou qu'il soit secondaire à l'action sur le système nerveux d'un microbe ou d'une leucomaïne, causes premières, c'est ce que nous ignorons complètement.

Ce que nous croyons pouvoir affirmer, c'est que le système nerveux est intéressé. » (Page 97, Masson, 1888.)

A l'appui de cette hypothèse, M. le Dr Brocq cite dans le même travail, le cas de Bristowe dans « lequel on trouva à l'autopsie une carie des vertèbres dorsales » supérieures, et le cas de Meier « où fut constatée une dégénérescence accentuée des rameaux nerveux correspondant aux régions malades, de la segmentation de la myéline et de la prolifération des noyaux, de la sclérose des cordons



de Goll et des foyers scléreux dans les cordons de Burdach. » (Page 98, Masson, 1888.)

Ces cas, où la constatation de lésions médullaires ou névritiques, coïncidant avec des maladies bulleuses, que l'on peut rapporter à la maladie de Dühring, ne sont pas en nombre suffisant pour permettre une opinion, mais néanmoins elles montrent qu'il faut à l'avenir noter avec soin ces lésions chaque fois qu'on les rencontrera et surtout les rechercher systématiquement.

C'est ce que nous avons fait récemment dans une autopsie de maladie de Dühring, faite en collaboration avec le D<sup>r</sup> Leredde, et dans laquelle nous avons noté dans la région cervicale une adhérence intime des méninges spinales à la face antérieure des vertèbres.

3<sup>o</sup> Reste enfin la constatation des lésions rénales.

Ces lésions rénales, très marquées histologiquement dans le cas actuel, ne l'étaient pas moins macroscopiquement dans le cas récent mentionné ci-dessus et dont la relation complète sera publiée en collaboration avec le D<sup>r</sup> Leredde.

Or, on n'a pas noté jusqu'à présent dans les quelques autopsies de maladie de Dühring, l'état des viscères et surtout des reins, et c'est un fait acquis que l'insuffisance urinaire est capable d'urémie cutanée, à formes multiples. Il est donc indispensable d'étudier avec soin ces lésions, de les mettre en parallèle avec les lésions nerveuses, et avec les lésions cutanées. Le rein et la peau ayant des rapports physiologiques certains, patents, dont l'intermédiaire est le système nerveux.

En somme, si, des réflexions ci-dessus, une conclusion se dégage, c'est que, d'une part, dans toute autopsie de la maladie de Dühring, l'état du système nerveux et des reins devra être étudié avec soin, et que, d'autre part, une autopsie pour être utile devra être précédée d'une observation clinique complète dans laquelle l'état des viscères, l'étude des urines, aura été faite fréquemment et avec soin.

On pourra arriver peut-être, ainsi, à savoir si l'affection cutanée est primitive ou secondaire à une lésion nerveuse ou rénale, si c'est du côté de la peau, du système nerveux ou des reins que doit porter l'effort thérapeutique initial.

M. WICKHAM. — Je ferai remarquer que, cliniquement, les deux cas étudiés par M. Gastou étaient dissemblables. L'un remontait à deux ans et avait tous les droits cliniques à être rangé dans la catégorie des dermatites de Dühring, l'autre évoluait depuis quelques mois seulement et on sait que le classement des formes aiguës de la dermatite de Dühring n'est pas encore bien déterminé. Ce second cas était-il réellement un cas aigu de dermatite de Dühring ou bien un cas de dermatite chronique à son début ou une autre affection bulleuse ?

M. LEREDDE. — Les deux malades dont on vient de parler appartenaient

certainement l'une et l'autre à la dermatite de Dühring. Dans la sérosité de leurs bulles nous avons trouvé des cellules éosinophiles, ce qui pour nous est un argument de grande importance.

M. TENNESON. — Je n'ai jamais manqué dans mon service de faire faire l'analyse des urines, et j'ai trouvé presque toujours de l'hypoazoturie, souvent très prononcée même, dans les dermatites de Dühring. Mes observations ne sont pas assez nombreuses pour établir à quel degré cette hypoazoturie existe dans les autres grandes dermatoses ; mais je crois bien que l'hypoazoturie accentuée est spéciale à la dermatite herpétiforme de Dühring.

M. BAUDOIN. — L'intérêt ne doit pas être uniquement porté sur l'hypoazoturie ; diverses autres conditions de l'urine, sont de la plus haute importance.

M. BESNIER. — J'ai depuis longtemps signalé l'hypoazoturie dans la presque totalité des grandes dermatoses. Dans la dermatite exfoliatrice, pour donner un exemple dans le psoriasis exfoliant très étendu, etc., l'hypoazoturie est, d'ordinaire, considérable ; elle est descendue dans un cas à 1 gr. en vingt-quatre heures.

M. BARTHÉLEMY. — A propos des modifications urinaires de la dermatite herpétiforme de Dühring dans la grossesse ou herpes gestationis, il y a lieu de signaler ici les recherches récentes de M. Bar. Dans plusieurs cas, toujours cet observateur a constaté la diminution de la proportion d'urée au moment du début de la poussée cutanée, et de plus la diminution lors de cette même période, et cela dans une proportion considérable, du pouvoir toxique de ces urines. Ces phénomènes d'hypoazoturie et d'hypertoxicité disparaissaient ensuite pour faire place, par une sorte de crise, à des proportions inverses au fur et à mesure que les poussées cutanées s'atténuaient ; puis la normale se rétablissait jusqu'à la poussée suivante. Ces résultats sont d'ailleurs consignés en détail, ainsi qu'une courbe intéressante, dans les bulletins de la Société obstétricale.

M. LEREDDE. — On peut se demander si, dans la dermatite de Dühring, il existe le même trouble de nutrition que dans d'autres grandes dermatoses, ou s'il n'y a pas un trouble *fonctionnel* du rein, n'éliminant plus des matériaux qui sont excrétés par la peau. La fréquence de la maladie pendant la grossesse peut être expliquée par cette seconde hypothèse. L'existence d'une néphrite dans les deux autopsies de M. Gastou est aussi en sa faveur.

#### De l'anesthésie locale en dermatologie.

Par W. DUBREUILH.

L'anesthésie locale par la cocaïne malgré la propagande active de M. Reclus est fort peu entrée dans la pratique courante. Ce n'est guère

qu'en ophtalmologie, en laryngologie et en rhinologie qu'on s'en sert d'une façon habituelle. Les dentistes se servent encore assez souvent de la cocaïne. Mais les dermatologistes presque jamais. Et cependant il n'est pas une branche de la chirurgie où son usage paraisse plus indiqué.

Laissant de côté l'ophtalmologie, pour laquelle la cocaïne a été inventée, nous voyons qu'en laryngologie et en rhinologie son emploi est singulièrement facilité parce que l'anesthésie s'obtient par un simple badigeonnage. Mais pour qu'elle soit assez rapide on se sert de solutions de cocaïne très fortes à 5 et 10 p. 100. On ne mesure pas la quantité de solution employée, encore moins la dose absorbée. Elle doit être souvent assez considérable et cependant les accidents d'intoxication cocaïnique sont excessivement rares.

En chirurgie dentaire, la cocaïne est fort employée, mais l'injection faite au collet de la dent ne saurait pénétrer jusqu'à la racine. Son principal effet est d'anesthésier la gencive et de rendre indolore la prise de la dent mais non son arrachement et la rupture du nerf dentaire. Ajoutons-y son influence psychique qui dans l'espèce n'est pas à dédaigner.

On a employé la cocaïne dans certaines opérations sur les voies urinaires, mais son usage n'y paraît pas exempt de danger parce que, pour obtenir l'anesthésie de l'urèthre ou de la vessie il faut injecter des doses considérables qui peuvent être mortelles si la vessie a une capacité d'absorption anormale ou s'il se rencontre une veine ouverte pour recevoir une dose imprévue de cocaïne.

Aucun de ces inconvénients n'existe en chirurgie cutanée, et il n'est presque pas d'opération dermatologique qui ne puisse se faire avec la cocaïne. Dans quelques cas assez exceptionnels, il s'agit d'anesthésier des surfaces ulcérées. On peut se borner à un badigeonnage avec une solution forte à 10 p. 100 ; mais pour peu que le badigeonnage soit fait un peu rudement le sang qui arrive de suite emporte la cocaïne et l'anesthésie est toujours très superficielle. Elle suffit pour permettre l'application d'un topique douloureux ou une cautérisation par le nitrate d'argent, elle ne suffit pas pour permettre un raclage.

Quant aux pommades ou aux solutions cocaïnées appliquées sur l'épiderme sain, elles sont purement illusoires. Il en est de même de la cataphorèse qui ne m'a jamais donné le moindre résultat.

Le seul procédé pratique d'anesthésie par la cocaïne est l'injection interstitielle. Il échappe complètement aux inconvénients que j'ai signalés dans la cocaïnisation des fosses nasales ou des voies urinaires. Comme la cocaïne est portée directement au contact des extrémités nerveuses on peut se contenter de doses faibles et l'on sait que tout ce qu'on injecte sera absorbé ou peu s'en faut ; on peut donc doser exactement la quantité qu'on emploie, et la seule cause d'erreur

est une erreur en moins car dans une opération sanglante une certaine portion de cocaïne non encore absorbée sera entraînée par l'hémorragie ou enlevée avec la tumeur. L'important est de faire l'injection de façon à ce que toute la cocaïne agisse localement.

Deux principes importants dominant et dirigent la technique : 1° La partie la plus sensible du derme est sa surface ; 2° la solution doit imbibier les tissus à anesthésier pour atteindre les terminaisons nerveuses. Il en résulte que l'injection doit être non pas sous-cutanée, mais intra-dermique. Si l'injection est faite dans le tissu cellulaire sous-cutané, elle s'y diffuse et elle est absorbée sans avoir aucunement pénétré dans le derme et sans le moindre résultat local. Il faut que la solution imbibie le derme et surtout ses parties superficielles qui sont les plus denses, de là elle diffusera facilement dans les couches plus profondes et moins serrées. Il est donc nécessaire que l'injection soit faite dans les couches superficielles du derme.

La solution que j'emploie est celle qui est indiquée par M. Reclus, la solution à 2 p. 100, mais comme les simples solutions aqueuses s'altèrent facilement, j'ai adopté un mélange en parties égales d'eau distillée et d'eau de laurier-cerise. Cette solution peut se conserver indéfiniment, il ne s'y développe pas de champignons ; la cocaïne n'est pas précipitée par l'eau de laurier-cerise comme l'est la morphine et l'injection n'est pas plus douloureuse qu'avec l'eau pure. Je ne dépasse jamais 2 centim. cubes de la solution soit 0,04 de chlorhydrate de cocaïne pour un malade que j'opère pour la première fois, et presque jamais 3 centim. cubes pour des malades que je connais.

L'aiguille droite ordinaire de la seringue de Pravaz a l'inconvénient de plonger trop directement dans la profondeur du derme. On peut bien, en s'arrêtant à mi-chemin, faire son injection dans le derme, mais on n'anesthésie ainsi qu'un point et, si l'on veut aller plus loin, on arrive forcément dans l'hypoderme à moins qu'on n'opère sur une surface convexe et saillante, comme le lobule du nez ou l'extrémité du doigt. C'est pour cela que j'ai fait faire par M. Creuzais, de Bordeaux, les canules que je vous présente. Ce sont des canules coudées à 45° au niveau de la douille avec lesquelles on peut, même dans une région concave, cheminer dans le derme aussi près que l'on veut de la surface. Ces canules peuvent être faites en acier ou en platine. Le platine a certainement des avantages d'aseptie parfaite qui ne sont pas à dédaigner, mais les aiguilles de platine sont moins rigides, et même, à grosseur égale, elles sont moins pénétrantes que les aiguilles d'acier.

S'il est très facile de traverser le derme avec une aiguille de platine droite, il faut un effort considérable pour la faire cheminer dans le tissu de cicatrice. Or, cet effort doit être fait avec un instrument coudé de sorte qu'il est assez difficile de ne pas tordre et déformer

une aiguille de platine iridée. La canule d'acier est donc certainement plus commode. Il faut que la douille de la canule soit très exactement calibrée et s'ajuste parfaitement à l'extrémité de la seringue car les tissus dans lesquels se fera l'injection sont très résistants et la moindre fuite à ce niveau est très gênante; de plus, si l'ajustage n'est pas très exact, la canule risque beaucoup de se séparer de la seringue au cours des manipulations variées que comporte une injection intra-cutanée un peu étendue.

Après avoir chargé et purgé la seringue, on enfonce la canule obliquement dans la peau et, aussitôt qu'elle est engagée, on injecte quelques gouttes de liquide puis on fait avancer l'aiguille parallèlement à la surface et aussi près d'elle que possible. Tous les 5 à 10 millimètres, on pousse un peu de liquide dans les tissus. Lorsqu'il s'agit d'une injection hypodermique, on n'éprouve aucune résistance à injecter le liquide, il n'en est pas de même quand l'injection doit être faite dans le derme. Le liquide pénètre difficilement dans ce tissu dense et



un effort considérable est souvent nécessaire pour faire sortir quelques gouttes de liquide de la seringue. Quelquefois même, dans le cas de cicatrice par exemple, on a la sensation d'un obstacle absolu, comme si l'aiguille était enfoncée dans un bouchon. Une certaine résistance est un indice favorable, car elle indique que l'injection est bien faite; si elle manque c'est que l'injection est faite dans un tissu lâche sous-cutané ou dans un vaisseau sanguin, ce qui n'a pas grand inconvénient au point de vue de l'intoxication vu les faibles doses employées, mais ce qui est tout à fait inefficace au point de vue de l'anesthésie cherchée; ou enfin, tout simplement qu'il y a une fuite, généralement entre la seringue et la canule. Cette injection faite dans le derme est naturellement un peu plus douloureuse que dans l'hypoderme, mais si l'on proportionne la pression sur le piston à la résistance de façon à faire passer le liquide doucement, la douleur est en somme insignifiante.

Quand l'injection est bien faite, on voit immédiatement se produire autour de la pointe de la canule une zone blanche anémique de 10 à 15 millim. de diamètre. Elle est due à la compression des vaisseaux par le liquide injecté et à leur contraction sous l'influence de la cocaïne.

Cette zone d'anémie qui est très passagère correspond assez exactement au territoire anesthésié. C'est un phénomène très important et le meilleur caractère d'une injection bien faite. Quand on voit apparaître cette zone anémique, il faut continuer à pousser l'injection un moment à peu près tant que la zone grandit et l'on est dès lors assuré que toute cette étendue est parfaitement insensible.

En faisant cheminer sa canule et en injectant quelques gouttes tous les centimètres environ, on peut, avec la moitié de la seringue et une seule piqûre, anesthésier parfaitement une bande de 3 à 3 centimètres et demi de long sur 1 centim. de large. L'anesthésie est immédiate et aussitôt l'injection faite on peut commencer à opérer. Elle dure environ quinze à vingt minutes, ce qui est suffisant pour finir n'importe quelle opération dermatologique.

Telle est la technique générale, mais quelques modifications sont imposées par la région anatomique ou par les altérations pathologiques.

Dans certaines régions il vaut mieux choisir une aiguille droite qui peut alors être plus fine et procéder par piqûres successives, par exemple au lobule du nez, dans les narines, aux doigts. Dans les endroits où la peau est très mince, comme à la face antérieure du cou, et surtout aux paupières ou au prépuce, il serait presque impossible de faire une injection endodermique, mais l'injection hypodermique donne une anesthésie parfaite et très étendue. On n'observe pas alors de zone anémique et il se produit un œdème assez notable qui est du reste sans importance. On peut ainsi enlever une tumeur des paupières, ou faire la circoncision sans la moindre douleur,

Il peut arriver au cours de l'injection que la canule rencontre des trous préexistants dans la peau, par exemple des pointes de feu, non encore cicatrisées ou des glandes sébacées dilatées : la solution cocaïnée au lieu de se diffuser dans la peau vient jaillir à l'extérieur. Il faut alors retirer l'aiguille de quelques millimètres et faire un nouveau trajet en évitant l'endroit ainsi perforé. Il est des cas, dans certains nez acnéiques par exemple, où la peau est tellement mince qu'il est impossible d'éviter les glandes sébacées. Il faut alors injecter beaucoup plus profondément, trop même pour obtenir une bonne anesthésie. Il en est de même quand il s'agit de l'extirpation ou du raclage d'un kyste ; il est parfois fort difficile d'éviter la cavité et il faut multiplier les tentatives pour imbiber les tissus voisins, d'autant plus que lorsqu'il y a une fausse route il est très difficile d'empêcher le liquide de reprendre cette direction.

Quand il s'agit de lésions ulcérées, les cas sont très variables. Quelquefois, la base de l'ulcère est dense et bien homogène. On voit alors pendant l'injection l'ulcère pâlir et le liquide sourdre en nappe à sa surface ; dans ce cas, l'anesthésie est très parfaite. D'autres fois,



le tissu est tellement friable ou miné que le liquide injecté se fraye aussitôt une voie à l'extérieur et jaillit chaque fois qu'on pousse le piston de la seringue. Il est inutile alors d'insister, il faut se borner à anesthésier les bords, qui sont du reste les parties les plus sensibles.

Tel est le manuel opératoire que j'emploie depuis cinq ou six ans et dont je n'ai qu'à me louer. L'anesthésie est généralement absolue quoique un peu moins parfaite à l'égard des pointes de feu qu'à l'égard des opérations sanglantes ou de l'électrolyse. Il y a aussi quelques variations individuelles. Certains sujets sont plus ou moins réfractaires à la cocaïne : malgré que l'injection ait été bien faite et à une dose suffisante, il persiste une certaine sensibilité. Cette particularité n'est pas accidentelle mais persistante chez certains individus, surtout des femmes ; elle n'est pas due à une sensibilité exagérée, car ces malades supportent aussi bien et souvent mieux que d'autres l'opération faite sans cocaïnisation.

L'anesthésie est bien due à la cocaïne et non à la simple imbibition des tissus par l'eau, car dans des régions très difficiles, comme la région sous-narinaire, j'ai obtenu avec des solutions plus fortes l'anesthésie que ne me donnait pas suffisamment la solution à 2 p. 100 ; d'autre part, les solutions très faibles, infinitésimales, comme la solution de Schleich, ne m'a donné que des résultats très inférieurs.

Je n'ai jamais observé le moindre accident malgré que j'opère souvent les malades assis. Il est vrai que je dépasse rarement 6 centigr. et jamais 4 centigr. chez des malades nouveaux chez qui je pourrais craindre une susceptibilité anormale. Ce sont là des doses bien inférieures aux doses indiquées par M. Reclus.

Il me paraît donc que l'injection endodermique de cocaïne constitue la méthode de choix pour l'anesthésie locale en dermatologie. Elle est sans danger, elle est efficace, elle ne modifie pas l'aspect ou la consistance des tissus et elle dure assez longtemps, ce qui permet de pratiquer les opérations les plus délicates, pourvu que l'étendue en soit limitée, car les opérations portant sur de grandes étendues exigeront toujours l'anesthésie générale. Dans un seul cas, celui d'une opération très brève sur des tissus enflammés, par exemple l'ouverture d'un abcès, la cocaïnisation est difficile et inefficace, et la congélation devient préférable.

M. BARTHÉLEMY. — J'ai coutume d'injecter tout autour du lupus ulcéré que je veux racler, une série de demi-séringuées d'une solution de cocaïne au centième, soit au plus 4 centigr. de cocaïne. L'anesthésie s'obtient ainsi très nettement, mais il faut bien toujours compter un quart d'heure pour l'obtenir.

M. BESNIER. — La question de l'anesthésie locale pour les opérations der-



matologiques est très difficile à résoudre en ce qui concerne la pratique courante d'une polyclinique active. On ne peut consacrer qu'un temps limité à chaque malade et la cocaïne est lente à agir; il faut attendre de cinq à dix minutes, ce qui équivaut à une impossibilité, pour peu qu'on ait une trentaine de malades à opérer dans une matinée. D'autre part, la cocaïne n'est point indiquée dans tous les cas; elle est moins facile à employer et moins efficace, pour peu que les plaques à opérer soient assez étendues. Et puis aussi, ne faut-il pas tenir compte des doses supportées par un même malade pendant six mois ou plus de traitement, doses qui, à la longue, peuvent ne pas être sans inconvénient?

Une étude fort utile consisterait à établir le meilleur parti à tirer des divers anesthésiques employés, selon les cas, à préciser la lésion pour laquelle tel anesthésique devrait être préféré. Le chlorure de méthyle, par exemple, ne doit pas être abandonné, car dans bien des cas il répond parfaitement aux besoins d'une polyclinique. Pour le petit épithélioma superficiel, par exemple, pour la tuberculose verruqueuse de Rhiel, pour ne citer que ces lésions, cet agent anesthésique permet une opération excellente et rapide.

---

#### Élections.

Sont élus *membres titulaires* :

MM. ÉTIENNE (de Nancy), TERSON (de Paris), VÉRITÉ (de la Bourboule), GUÉRIDAUT (de Saint-Gervais), MARMONIER (de Marseille).

*Le secrétaire,*

LOUIS WICKHAM.

## SÉANCE DU 19 AVRIL 1895

PRÉSIDENTE DE M. E. BESNIER

**SOMMAIRE.** — Placards pigmentés indélébiles consécutifs à un érythème antipyriné récidivant sur place, par M. MOREL-LAVALLÉE. (Discussion : MM. L. WICKHAM, J. BAUDOUIN, VEYRIÈRES.) — Sur trois cas de mycosis fongioïde, par MM. H. HALLOPEAU et SALMON. (Discussion : M. WICKHAM.) — Chancres syphilitiques du sillon nasogénien droit chez un nourrisson, par M. FEULARD. — Dermite polymorphe douloureuse chronique à poussées successives, par M. DU CASTEL. (Discussion : MM. HALLOPEAU, DU CASTEL.) — Lymphangiectasie de la muqueuse buccale consécutive à des érysipèles à répétition, par M. DU CASTEL. (Discussion : MM. TENNESON, LEREDDE.) — Ulcération chancroïdienne de la joue chez une jeune fille; lymphadénie cutanée probable, par M. L. WICKHAM. (Discussion : M. HALLOPEAU.) — Un cas de kerion Celsi de la barbe, par M. TENNESON. (Discussion : MM. HALLOPEAU, BESNIER, DU CASTEL, TENNESON.) — Troubles trophiques des extrémités avec syndrome syringomyélique, par T. GASTOU. (Discussion : M. HALLOPEAU.) — Deux cas de mélanodermie de symptomatologie semblable, mais de causalité différente, par M. BARTHÉLEMY. (Discussion : M. GASTOU.) — Mouvements épidémiques de la syphilis à Copenhague, par M. EHLERS. (Discussion : MM. FEULARD, EHLERS.) — Un cas d'éruption circinée chronique de la main, par M. W. DUBREUILH. — Modification à apporter au traitement général de la syphilis, par M. ABADIE. (Discussion : MM. BARTHÉLEMY, MOREL-LAVALLÉE, HALLOPEAU, DU CASTEL, ABADIE.)

### Placards pigmentés indélébiles consécutifs à un érythème antipyriné récidivant sur place.

Par A. MOREL-LAVALLÉE.

Au mois de novembre 1893, je fus consulté par une jeune femme fort chagrine de la persistance, en plusieurs points de son corps, de taches colorées indélébiles, mais dont la coloration et l'étendue subissaient, à son dire, des phases d'augmentation intermittentes, en corcordance avec des phénomènes éruptifs aigus et passagers très bizarres. Elle m'était adressée par un distingué confrère, M<sup>me</sup> Gaches-Barthélemy, qui avait pensé à la possibilité de manifestations spécifiques insolites.

M<sup>me</sup> X... était dans une période d'accalmie : des sept taches dont elle se plaignait d'être « salie », les deux plus voyantes étaient au cou; elles étaient rondes, non saillantes, purement maculeuses, d'un jaune fauve; à leur niveau, la piqure de l'épingle, son contact n'étaient pas perçus. Je songeai aussitôt à la lèpre et dirigeai, mais inutilement, mon interrogatoire de ce côté, tout en réservant la possibilité d'une sclérodermie en plaques, en raison :

1° Du ton violâtre éteint de la périphérie d'une de ces plaques ;

2° Du dire affirmatif de la malade, concernant une ulcération qui aurait occupé, à sa phase régressive, le centre de la plaque, où la peau paraissait légèrement déprimée, pâle et amincie ;

3° De l'aspect des plaques colorées du tronc.

A quelque temps de là, une poussée érythémateuse éclatait au niveau de tous ces placards avec une cuisson, une démangeaison furieuses ; c'était un véritable érythème ortié, érysipéloïde, limité au champ de ces placards. Au bout de cinq à six jours, cette dame revenait me montrer son cou, où ces deux plaques étaient grenues, chagrinées, chaudes ; celles de devant était violet noir ; celle d'arrière absolument noire. « Mes démangeaisons sont calmées, me dit ma cliente ; malheureusement le centre de ces taches va sûrement s'ulcérer, suppurer, après quoi la tache restera *plus foncée qu'avant et très agrandie*. » Très préoccupé de cette « ulcération » si énergiquement affirmée, je pensai alors à des altérations trophoneurotiques hystériques, arrivant jusqu'à la gangrène locale, et récidivant *in situ*, et j'attendis.

Je perdis alors cette malade de vue ; j'appris que, très vexée de ces pigmentations persistantes et toujours accrues, elle voulait, sortie à présent de sa poussée aiguë, demander de nouveaux avis. Elle alla alors, sur mon conseil, consulter à l'hôpital international le Dr Aubeau qui, trouvant à l'examen hématique de nombreux pigments malariques, attribua au paludisme ces colorations foncées et étranges qui faisaient le désespoir de M<sup>me</sup> X... Celle-ci avoua d'ailleurs avoir eu de sérieux accidents de malaria.

Un an se passa sans que rien de nouveau se produisit, et, ces derniers temps, faisant des recherches sur les érythèmes syphiloïdes, je priai cette dame de vouloir bien venir me revoir. Elle y consentit, et, cette fois, l'examen de son corps me fit faire immédiatement le diagnostic. C'était là un des cas si parfaitement décrits ici, il y a un an, par mon ami M. Brocq, sous le nom d'ÉRUPTION ÉRYTHÉMATO-PIGMENTÉE FIXE DUE À L'ANTIPYRINE. Du reste, une fois mise sur la voie, M<sup>me</sup> X... fut énergiquement confirmative et adopta pleinement ma manière de voir. Les placards pigmentés n'étaient plus anesthésiques et j'allais avoir la clé de ces « ulcérations » centrales qui m'avaient fait errer de la sclérodermie aux trophoneuroses hystériques.

Mais l'observation vaut la peine d'être racontée en entier.

M<sup>me</sup> X..., âgée aujourd'hui de 35 ans, eut, en 1885, une fièvre typhoïde pendant la convalescence de laquelle elle perdit brusquement son mari. Elle fit, à la suite, une maladie nerveuse indéterminée, pour laquelle on lui fit jusqu'à des frictions mercurielles sur le crâne, et qui, plus tard, nécessita l'ingestion, *pendant un an*, d'un gramme d'antipyrine matin et soir. Puis *tout se passa sans incident*.

*Quatre ans après, vers mai 1889, M<sup>me</sup> X... fut prise un soir d'une démangeaison subite et étrange, siégeant au cou et à la ceinture ; rentrée chez elle, elle se déshabilla, et, constatant un placard ortié au cou, trois à la ceinture et un au ventre, elle crut avoir été piquée par un insecte. Au niveau de ces plaques rouges, elle sentait une démangeaison cuisante, diminuant au bout d'une demi-heure, pour reprendre par instants sur toutes les plaques à la fois.*

M<sup>me</sup> X..., prise de migraine au moment d'aller au théâtre, avait, en se levant de table, ingéré un cachet d'antipyrine ; l'éruption s'était produite au spectacle même.

Elle fit des lotions vinaigrées, prit des bains, et, quatre ou cinq jours après, elle ne sentait plus rien, mais il lui restait cinq taches rondes ou ovales, de couleur bistrée.

Un an après (mai 1890), nouvelle éruption, *très exactement* limitée aux mêmes endroits, et n'ayant duré que quelques jours. Mais « les taches en sortirent *plus larges, et accentuées comme coloration* ».

De 1890 à 1893, deux autres poussées légères.

En 1893, nouvelle éruption ; celle-ci, plus violente que les premières, plus longue, plus douloureuse ; se reproduisant aux mêmes placards, mais *en faisant surgir deux nouveaux* (un au cou, l'autre vers le grand trochanter droit) ; la peau, tuméfiée, se souleva : au centre elle se prit à jeter (vésiculation pseudo-eczémateuse) ; puis il se forma une nappe cohérente de croûtelles brunes ; en même temps la teinte du fond virait du rouge au violet et même au noir. (Au cou, je pus ainsi constater un jour, à cette période, l'un des placards figurant un ovale parfait à grand axe transversal, à fond grenu, chagriné, un peu saillant, dans l'aire duquel on eût dit avoir barbouillé la peau d'encre violette à l'aniline.)

A ce moment, l'épiderme était reformé. La coloration devait alors aller en s'atténuant du noir au violet, puis au bistre, puis au fauve en même temps que le placard était le siège d'une desquamation légère et continue, puis au bout de la troisième semaine, le processus aigu était terminé, tuméfaction et induration avaient disparu, il ne restait que des plaques plus ou moins pigmentées, mais plus étendues et plus foncées qu'avant cette dernière crise, et cette fois, il restait sept placards au lieu de cinq.

Voici l'état actuel de M<sup>me</sup> X... :

Depuis plus d'un an elle est tranquille, *parce qu'elle avait cru remarquer que l'antipyrine avait rappelé l'éruption la dernière fois*, et que depuis lors elle s'en était abstenue. Mais elle gémit d'avoir ces grands placards noirs, sales, dont cinq lui sont acquis *depuis cinq ans et demi*, date de la première éruption, les deux derniers n'étant apparus qu'à la dernière poussée (fin 1893). Le processus éruptif a été discret, puisque les placards pigmentés ne sont qu'au nombre de sept. Leur disposition n'affecte aucune symétrie, mais tous sont concentrés aux points où les frottements et la pression s'exercent au maximum, à savoir : deux à la collerette du cou, trois sur la ligne de la ceinture, un à l'abdomen sous la pointe du corset, le dernier sur le grand trochanter droit, — j'ignore pour quel motif. Tous ces placards, d'une orbicularité parfaite au moment des poussées érythéma-

teuses, et à bord très net, figurent aujourd'hui des ovales très nets, estompés en gris, noir, terre de Sienne, jaune fauve, sur la peau ambiante où la pigmentation disparaît en mourant à sa périphérie. Le grand axe de ces ovales est toujours transversal; les plus étendus sont au niveau de la ceinture et dépassent de beaucoup ceux du cou, dont le grand diamètre est de 2 à 3 centimètres et demi. La tache de la cuisse droite, l'une des plus récentes, est cependant oblongue verticalement; sa couleur est fortement bistrée. Au reste, je ne m'étendrai que sur les deux taches du cou. La postérieure, la plus considérable, représente un halo brunâtre se perdant dans la pigmentation du cou. Au centre la peau est de teinte normale. L'anneau brun offre, par places, jusqu'à un centimètre de surface en largeur autour du centre pâle. La peau étant plutôt brune à cet endroit, l'œil a à peu près l'impression de l'anneau arsenical révélé par l'appareil de Marshe et que recevrait une porcelaine déjà ternie. Mais c'est la tache antéro-latérale du cou à gauche, l'une des deux dernières, qui m'a le plus vivement frappé, parce que, étant plus irrégulière, plus floue, elle figure deux cocardes à halo périphérique, sécantes sur un point, si bien qu'on a l'aspect, à cet endroit, d'une syphilide pigmentaire effacée ou mieux d'une de ces pigmentations consécutives à certaines syphilides érythémato-papuleuses et sur lesquelles a, ces dernières années, insisté M. E. Besnier.

Je ne veux pas répéter ici les symptômes de la dermatose antipyrinée dont je viens de rapporter un nouvel exemple. La description qu'en a donnée M. Brocq (voy. *Ann. de Derm.*, 1894, p. 312) est d'une si parfaite exactitude que je ne pourrais que faire des redites et m'exposer à nuire au lumineux tableau qu'il a tracé. Je vais seulement signaler les points particuliers qu'a présentés ma malade, et les variantes qui vont en découler pour les caractères à assigner à ce singulier processus.

L'éruption, chez ma cliente, avait l'aspect de placards érysipélateux érythro-vésiculeux, suintant dans les grosses poussées et sur les plaques les plus fortement intéressées, c'est-à-dire de placards infiltrés et turgescents d'eczéma vésiculeux, si la parfaite netteté orbiculaire des contours ne jurait dans une comparaison avec l'eczéma vulgaire. Le prurit, signalé comme rare, était « féroce », par accès, dans les premières heures. Les placards éruptifs sont bien jetés au hasard et sans symétrie, mais j'insiste sur leur localisation aux sièges de la pression exercée par le corset et le col.

L'éruption est bien fixe puisqu'elle se reproduit sur les mêmes placards et que ceux-ci restent pigmentés, mais on a vu une poussée nouvelle faire surgir des plaques éruptives supplémentaires, persistantes comme leurs aînées, ce qui enlève à la malade le droit de reprendre une fois, d'urgence et par exception, de l'antipyrine en se résignant à des conséquences éruptives qu'elle n'est pas certaine de voir rester localisées et limitées aux placards préexistants.

La persistance des placards pigmentés post-éruptifs est acquise

depuis la belle description de M. Brocq, mais on n'avait pas encore signalé leur existence, constatée au bout de six ans, ce qui permet aujourd'hui de croire qu'ils peuvent être indélébiles.

L'éruption se produit, chez ma malade, fort intelligemment et digne de foi, non pas au bout d'un temps assez long et nécessaire pour l'absorption d'une certaine quantité d'antipyrine, mais *presque instantanément* après le contact de cette substance avec l'intérieur de l'estomac : ce moment est aisé à déterminer, chez les gens à odorat fin, par l'odeur empyreumatique spéciale perçue au moment de la rupture dans l'estomac d'un cachet ou d'une capsule d'antipyrine. Or, M<sup>me</sup> X... a vu l'éruption reparaitre chez elle quelques minutes après l'éclatement dans l'estomac d'un cachet *ingéré en se levant de table* ; aussi en arrive-t-on à se demander s'il s'agit là d'une toxidermie vraie par absorption, ou simplement d'un réflexe instantanément produit sur la peau, par un mécanisme analogue à celui qui détermine le *purpura chloroformique* (1).

Mais, à un point de vue plus général et plus pratique, il m'est impossible de ne pas insister, puisque l'occasion s'en présente à nouveau, sur l'importance clinique de faits tels que celui relaté plus haut.

Il serait banal, j'allais dire puéril, de s'appesantir, entre dermatologues, sur la fréquence inouïe des érythèmes médicamenteux ; et comment concevoir qu'il en puisse être autrement, rien qu'en songeant à ceux-là seuls qui sont le fait de l'antipyrine, et à la consommation courante, universelle, que l'on fait journellement de cette substance ! Et pourtant, nous ne devons pas nous lasser de revenir à satiété sur cette fréquence des éruptions pathogénétiques, puisqu'encore à la fin de l'année dernière, on proclamait dans une de nos sociétés savantes, *que les éruptions médicamenteuses étaient d'une rareté telle que l'on pouvait n'en pas tenir compte dans la pratique...* (2).

Beaucoup de médecins pensent que les érythèmes pathogénétiques étant le fait d'idiosyncrasies, l'intolérance de la peau se produit presque fatalement dès le début de l'ingestion. Or, c'est là une erreur absolue ; il arrive couramment que l'intolérance ne se produit qu'à la longue et éclate alors comme un coup de foudre, surprenant le praticien qui se croit permis d'augmenter sans crainte et sans surveillance les doses d'un médicament (suspect) pour ce fait qu'il aurait été jusque-là bien toléré.

Enfin il faut renoncer à cette opinion, origine d'une fausse sécurité pour le médecin et pour le malade, qu'un organisme intolérant à

(1) *Annal. de Derm.*, 1884. Purpura chloroformique, par Morel-Lavallée.

(2) *Bull. de la Soc. méd. Hép.*, 19 octobre 1894.



l'égard d'une substance médicamenteuse doit l'être également pour beaucoup d'autres, d'où découlait inversement cette conséquence qu'un sujet ayant toléré d'énormes doses de copahu, par exemple, sans réaction cutanée, était par le fait assuré contre les toxidermies mercurielles, chloralée, etc. C'est le contraire qui est la règle. Je veux dire que l'intolérance n'existe en général qu'à l'égard d'un seul médicament. Une exception sera peut-être à faire au sujet des substances de la série balsamique, et encore, combien d'hommes ont eu de la roséole copahique, qui ont pu absorber impunément du santal et même de la térébenthine? Est-il nécessaire, pour finir, de rappeler ces faits curieux, mais bien connus aujourd'hui, où l'intolérance à l'égard d'un médicament, du mercure par exemple, peut être évitée en recourant à l'emploi d'une autre préparation de la même substance, voire d'une autre voie d'absorption?

M. L. WICKHAM. — A propos de la communication de M. Morel-Lavallée, je rappellerai une observation que j'ai récemment publiée dans la *Presse médicale*.

Un jeune homme auquel j'administrai 1 gr. d'antipyrine pour des douleurs névralgiques violentes fut pris, environ 5 à 10 minutes après, de malaise, de prurit et de plaques d'érythème.

Une heure après, l'éruption présentait tous les caractères d'un érythème polymorphe de variété noueuse. Cette éruption était accompagnée d'un prurit intolérable. Les lésions augmentèrent pendant vingt-quatre heures et mirent trois semaines à disparaître. Les mêmes accidents étaient survenus huit ans auparavant après la prise d'une petite dose d'antipyrine.

La rapidité de l'apparition des lésions est ici très remarquable.

Il est curieux aussi de constater un tel prurit déterminé par une substance qui, dans certains cas, agit très bien contre le prurit.

M. GEORGES BAUDOUIN. — Dernièrement encore, j'ai observé à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. A. Robin, une diabétique, qui prenant de l'antipyrine, fut atteinte d'un érythème noueux, caractérisé par des nodosités planes, d'étendue variable, atteignant par places jusqu'à 4 centimètres de diamètre, toutes très douloureuses; la peau, à leur niveau était le siège d'un prurit intense. Je connais, d'autre part, une jeune femme qui ne peut absorber la plus petite quantité d'antipyrine sans être immédiatement atteinte d'urticaire des plus intenses, qui cesse quand on suspend l'usage du médicament.

D'ailleurs les mêmes accidents surviennent chaque fois qu'elle fait usage d'un autre médicament contenant de la théine et de la cocaïne. Je dois ajouter que cette personne, qui est une nerveuse, a eu antérieurement des atteintes d'urticaire indépendantes de toute action médicamenteuse et il est intéressant de remarquer qu'ici les accidents d'origine médicamenteuse revêtent la forme sous laquelle, la malade fait ordinairement ses déterminations cutanées.



M. VEYRIÈRES. — J'ai remarqué que les éruptions d'antipyrine survenaient souvent lorsque l'antipyrine n'était plus fraîche ; cette substance s'altère en effet à la longue.

### Sur trois cas de mycosis fongoïde.

Par MM. H. HALLOPEAU et SALMON.

Chacun de ces malades présente des particularités qui nous semblent dignes d'intérêt.

Cyrille G..., âgé de 51 ans, marchand de couleurs, entre le 16 mars 1895, pavillon Gabrielle, lit n° 20.

Sa dermatose a débuté il y a près de vingt mois (juin 1893), à la suite d'une insolation, par une rougeur généralisée avec démangeaisons intenses. Après avoir presque entièrement rétrocedé, l'éruption s'est manifestée de nouveau sous forme de taches rouges, arrondies, prurigineuses, plus ou moins saillantes, qui ont envahi peu à peu presque toute la surface tégumentaire.

Il y a deux mois, des saillies végétantes ont apparu dans les aines et les aisselles.

En septembre, il s'est produit de l'œdème des jambes, qui a disparu momentanément sous l'influence du régime lacté.

Il n'y a jamais eu d'albuminurie.

Presque partout la peau est épaissie, surtout au thorax, et un peu indurée.

Au visage, sur toute l'étendue des joues, au niveau du menton, on voit des plaques légèrement saillantes, et d'une consistance molle, d'une coloration rouge qui disparaît sous la pression du doigt ; l'épiderme desquamé à leur niveau en minces et larges lambeaux.

Mêmes plaques sur les tempes et le front avec exagération des plis de la peau. Mêmes altérations des sourcils, de la racine du nez, des angles palpébraux, des sillons naso-géniens des lèvres supérieures et du menton.

Dans le creux sous-mentonnier et à son voisinage on remarque des saillies végétantes de petites dimensions semblables à des condylomes confluents.

Le cuir chevelu est rouge et couvert de squames qui simulent la séborrhée ; le malade dit que cet état remonte au début de la maladie.

Les ganglions pré-auriculaires sont tuméfiés ; il en résulte un élargissement du visage qui modifie singulièrement la physionomie du malade.

Les téguments du cou sont considérablement épaissis, quadrillés par l'exagération des sillons normaux. Des saillies obtuses, arrondies, peu volumineuses, se détachent de la masse tuméfiée, rappelant les caractères de lichen obtus. Les altérations s'étendent aux régions rétro-auriculaires.

Les pavillons sont tuméfiés : dans leur repli médian postérieur il y a tendance à la kératodermie des eczéma séborrhéiques.

Sur toute la partie antérieure du thorax, très nombreuses plaques rouges couvertes de fines squames, irrégulièrement arrondies ou ellip-

tiques. Quelques-unes d'entre elles sont nettement annulaires avec un rebord mesurant environ 8 millim. de diamètre.

Plusieurs de ces plaques forment une saillie comparable à celles de plaques ortiées à contours mal limités. Ces saillies deviennent plus nombreuses à mesure qu'on se rapproche des régions axillaires. Elles sont très abondantes sur les faces thoraciques ou brachiales de ces régions.

Sur les faces thoraciques elles sont disposées obliquement de haut en bas et d'avant en arrière, parallèlement au creux. Une d'elles mesure 1 centim. de diamètre sur 3 centim. verticalement et forme une saillie de 3 millim. Sa surface est inégale et on y distingue un grand nombre de petites saillies séparées par des sillons plus ou moins profonds. De même des sillons séparent les saillies des parties saines et des saillies voisines. Ces masses présentent pour la plupart la même direction; elles occupent toute la partie du thorax située au-devant du repli axillaire dans un rayon variant de 3 à 4 centim.

Les poils ont disparu dans les aisselles. Des productions analogues se voient en avant et au-dessus du creux axillaire, ainsi que sur la face brachiale. Elles ont par places un aspect de framboises très aplaties. Une d'entre elles simule un *molluscum contagiosum*.

Le malade dit que des altérations semblables ont siégé au niveau des tétons et qu'elles ont disparu.

Dans le dos, même état que sur la partie antérieure du thorax; les plaques, surtout confluentes dans la partie supérieure, sont abondantes dans toute la région. Elles tendent à se grouper en cercles très irréguliers. Il n'y a pas là de saillies appréciables.

Celles-ci se retrouvent sur le côté droit du thorax.

*Membres supérieurs.* — Des deux côtés, mêmes plaques rouges, squameuses, en disques ou en anneaux, sur toute l'étendue du membre. Les sommets des coudes sont épargnés.

Un œdème très prononcé des avant-bras et des mains garde l'impression du doigt.

Dans les paumes des mains, hyperkératose de la région médiane.

Sur le dos des mains, petites taches érythémateuses et légèrement squameuses, non saillantes. Les doigts ne sont pas intéressés, cependant les ongles sont déprimés dans le voisinage de leurs racines.

*Membres inférieurs.* — Au niveau des membres inférieurs, éruption très prononcée à la partie antérieure de la cuisse. On y voit les mêmes plaques saillantes, quadrillées et squameuses que sur le devant du tronc.

Il y a en outre, dans les régions inguinales, des saillies végétantes tout à fait semblables à celles des aisselles, allongées parallèlement au pli inguinal, confluentes. Leurs dimensions varient de un demi-centim. à 4 ou 5 centim. de long sur 1 à 2 centim. de large. Leur consistance est molle, elles ne desquamant pas et semblent formées par la confluence d'élevures plus petites; elles descendent jusqu'à la moitié inférieure des cuisses et elles remontent sur un rayon de 8 centim. au dessus des plis inguinaux.

Aux jambes, l'éruption devient moins abondante: on retrouve cependant les mêmes saillies dans les creux poplités et de nombreuses taches squa-

meuses à la partie interne des jambes. Au niveau de la plante des pieds, tout l'épiderme est épaissi et kératinisé, les ongles sont striés transversalement et verticalement. La kératinisation remonte sur les bords internes des pieds sur une hauteur de 2 centim.

Les jambes et les pieds sont le siège d'un œdème considérable.

Le fourreau de la verge est épaissi, rouge, et parsemé de saillies légèrement indurées, non squameuses, rappelant les papules du lichen obtusus.

Dans le trou ombilical, saillies, grosses comme des pois, rouges, couvertes de squames.

Tuméfaction des ganglions parotidiens, sous-maxillaires, occipitaux, rétro-auriculaires.

Un des ganglions internes de l'aisselle atteint la grosseur d'une noix. Il en est de même de plusieurs de ceux de la région inguinale.

Démangeaison intense : elle augmente la nuit et empêche le sommeil. Le malade se gratte avec frénésie. Il s'use les ongles du médius. Cependant il n'y a pas de trace de prurigo.

La rate n'est pas augmentée de volume.

Au cœur, léger prolongement à la pointe.

*Traitement.* — Iodure de potassium; bains de sublimé; pommade à l'ichtyol au cinquième.

Le 4 avril. Les nodosités mycosiques sont pour la plupart moins saillantes.

Depuis trois jours, sensation douloureuse dans l'isthme du gosier; la luette est considérablement tuméfiée; elle mesure environ 1 centim. transversalement.

Il en est de même de l'amygdale du côté gauche qui, à sa face interne, est le siège d'une ulcération qui se continue sur l'arcade correspondante du voile du palais et empiète sur le bord de la luette, elle mesure plus d'un centimètre de diamètre; elle est recouverte d'un détritus jaunâtre.

Tout le voile du palais est rouge et tuméfié jusqu'au niveau de son union avec sa partie osseuse de la voûte.

Le 13. Les tuméfactions du tronc et des membres sont notablement affaissées et elles ont pâli; celles des plis inguinaux et de l'aisselle persistent.

En regardant attentivement à la lumière solaire ces plaques végétantes, on y distingue une quantité de petits nodules et de petites taches variant du volume d'une tête d'aiguille à celui d'un grain de millet, rosées, comme translucides et séparées par un petit sillon. Il semble que les végétations soient formées par la confluence d'éléments semblables.

Les végétations inguinales et axillaires sont tout à fait uniformes.

Il reste une anfractuosité de l'amygdale gauche, mais elle n'est plus ulcérée.

Une tache blanche persiste sur l'arcade palatine gauche.

La luette est encore tuméfiée.

Deux faits doivent être remarqués chez ce sujet : ce sont les saillies végétantes des plis axillaires et inguinaux et l'œdème persistant des extrémités.

Des saillies analogues existaient dans l'observation 6 du mémoire sur les érythrodermies prémycosiques que nous avons présenté avec M. Besnier au Congrès de Vienne, mais elles étaient beaucoup moins développées que chez ce malade : leur aspect rappelle beaucoup celui de condylomes volumineux et accumulés : elles forment des bourrelets allongés, peu colorés et non ulcérés.

L'œdème persiste depuis plusieurs mois ; il occupe les quatre membres : il est considérable ; l'apposition du doigt y reste profondément empreinte. C'est là un fait qui, à notre connaissance, n'avait pas encore été signalé dans le mycosis. Il est difficile de s'expliquer le mode de production de cette infiltration. Il n'y a pas trace d'albumine dans l'urine ; le cœur paraît intact et d'ailleurs l'envahissement des membres supérieurs ne s'expliquerait pas, alors même qu'il y aurait un léger trouble de la circulation centrale. Faut-il invoquer la compression par les adénopathies ? Mais c'est là un fait banal dans le mycosis et on ne voit jamais ces tuméfactions donner lieu à de l'œdème ; ajoutons enfin qu'il n'existe pas chez ce malade un état d'anémie suffisant pour expliquer cette extravasation séreuse : nous ne pouvons donc que constater le fait sans en trouver une interprétation satisfaisante.

Obs. II. — Le nommé G..., âgé de 42 ans, entre le 13 avril 1895, salle Gabrielle.

*Antécédents.* — Ce malade a eu un chancre induré, il y a vingt-cinq ans. Sa maladie actuelle a débuté, il y a un an, par une sensation de démangeaison dans la région dorsale, bientôt suivie de l'apparition d'une tumeur arrondie, qui, d'abord petite, augmente rapidement de volume.

Plus tard, de petites tumeurs se développent autour de la tumeur initiale. Des nodosités se montrent au-devant du tronc et au bout de quelques semaines disparaissent spontanément.

Au mois de janvier, on constate la tuméfaction des ganglions axillaires et l'ulcération de la tumeur.

*État actuel.* — Au milieu de la région dorsale fait saillie une tumeur très volumineuse mesurant verticalement 16 centim. sur 14 centim. transversalement.

Dans cette masse, on distingue deux parties ; l'une plus volumineuse, ovale, se détache nettement de la surface cutanée ; elle est limitée par un sillon profond au-dessus duquel elle se renverse en plusieurs points.

Elle mesure 13 centim. verticalement sur 11 centim. et fait une saillie de 4 centim.

Sur la partie droite de la circonférence, son bord est dur, pâle, ferme, et parsemé de nombreux nodules, gros comme de petits pois, séparés par des sillons ; ce bord présente un certain nombre d'excoriations dont le fond est jaunâtre.

La moitié inférieure de la tumeur est libre.

La moitié gauche est séparée par un sillon d'une autre masse qui en suit le contour et l'encadre sur une longueur de 23 centim.

Elle forme comme un bourrelet saillant dont le diamètre varie de 3 à 4 centim.

La partie centrale de la tumeur principale est le siège d'une ulcération avec une profonde dépression médiane. C'est la seule des néoplasies qui soit ulcérée. A droite, la tumeur est entourée par un bourrelet peu élevé. Ce bourrelet présente une courbure concentrique à celle de la tumeur; il mesure 3 centim. de rayon, et son contour se détache nettement des parties saines; il est polycyclique. Plus en dehors, une tumeur à rebords très nets simule une plaque d'urticaire. Au-dessous d'elle, on sent une induration qui paraît intra-dermique. En haut, au-dessus de la masse principale, se trouve un groupe de cinq élevures confluentes, ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes, résistantes au toucher.

Sur le côté gauche, on voit une néoplasie de mêmes dimensions. Plus en dehors, un groupe de plaques simulent l'urticaire persistante; elles sont confluentes et occupent dans leur ensemble une étendue de 7 centim. en tous sens.

Au-dessus du sein gauche, de petites taches maculeuses, pigmentées, représentent des néoplasies disparues. Elles ont fait une saillie analogue à celle du mamelon.

Plus en dehors, mêmes macules mesurant 3 centim. sur 2. A la face postérieure du bras droit, au-dessus de l'olécrâne, tumeur d'un centimètre et demi transversalement sur 1 centim., saillante de 2 millim., rouge, très dure et comme enchâssée dans le derme; elle remonte à trois ou quatre ans.

Dans l'aisselle droite, des ganglions durs et douloureux atteignent le volume d'une noix.

On sent une adénopathie pariétale dans l'aisselle gauche.

Le malade est soumis à un traitement par la poudre de salol sur les parties ulcérées et par le stérésol sur les parties non ulcérées.

Le 18 avril, la grosse tumeur s'est en grande partie affaissée; la masse principale n'est plus guère représentée que par le bourrelet; celui-ci ne mesure plus que 1 centim. verticalement, 2 centim. transversalement.

La partie ulcérée est recouverte presque partout de bourgeons charnus et parcourue dans toute sa hauteur par un sillon très profond. Les néoplasies concentriques au côté droit de la grosse tumeur présentent une coloration rouge intense. Tout le dos, à l'exception d'une partie de l'épaule, est occupé jusqu'à la dixième dorsale par une rougeur érythémateuse, formant en divers points des saillies ortiées. Le contour de cette grande plaque est nettement dessiné.

La disparition possible des tumeurs du mycosis est un des caractères principaux de cette maladie, mais il est rare qu'elle se produise avec la rapidité qu'elle a présentée chez ce malade et qu'elle atteigne aussi promptement de telles proportions: en sept jours, le relief de la masse s'est abaissé de 4 à 1 centim.

Un autre fait remarquable chez G..., est l'apparition, au moment

même où se produisait ce prodigieux affaissement de la masse principale, d'une vaste infiltration en nappe occupant presque toute l'étendue de la région dorsale; on dirait une vaste plaque d'érythème marginé.

Nous n'insisterons pas sur les caractères et la valeur diagnostique du bourrelet qui circonscrit la tumeur; l'un de nous a appelé déjà à plusieurs reprises l'attention sur ces faits.

Obs. III. — La nommée P... a eu il y a cinq ans, au visage et au cou, une poussée éruptive, qualifiée d'eczéma, sans suintement; elle a duré six semaines.

Il y a trois ans, la malade a fait un séjour de sept semaines dans la salle Lugol: elle était atteinte d'une éruption bulleuse qui occupait surtout l'abdomen, les cuisses et le visage; on l'a considérée comme atteinte d'une dermatite herpétiforme; elle était guérie de sa poussée lorsqu'elle a quitté la salle. Lorsqu'elle y revient, en juillet 1894, elle présente encore une éruption bulleuse qui intéresse surtout le cou et la poitrine; mais, cette fois, les bulles sont éphémères et bientôt il ne resta plus d'autre élément éruptif qu'une érythrodermie; celle-ci s'étend progressivement sur presque toute la surface du corps; elle s'accompagne d'un prurit intense et d'adénopathies multiples.

Récemment, nous avons constaté la présence dans les régions axillaires de nodosités intra-dermiques.

*État actuel.* — Presque toute la surface cutanée est le siège d'une rougeur intense, disposée en petites taches miliaires, isolées ou confluentes et groupées; on y remarque une desquamation furfuracée peu abondante et très fine.

Au visage, la rougeur est peu prononcée, sauf au niveau du front. Le cuir chevelu est intéressé; les cheveux sont grêles, secs et rares au sommet de la tête. Presque partout la peau paraît épaissie; en beaucoup de points, elle présente des saillies dont le volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'un grain de chènevis.

La paume des mains, les doigts et la plante des pieds sont indemnes.

La rougeur est très prononcée aux aines.

Le dos ne présente que quelques taches isolées. Les taches se groupent au-devant de la poitrine et au niveau de la ceinture; les téguments des aisselles sont le siège d'un certain nombre de nodosités plus ou moins saillantes, molles et arrondies. Les plus grosses atteignent le volume d'un gros pois; elles sont intra-dermiques, sans orifice glandulaire; il ne s'agit évidemment pas d'hydrosadénites.

On trouve également des saillies miliaires dans la région inguinale.

Des adénopathies multiples et volumineuses siègent au cou, dans les aines et aux aisselles.

La malade souffre d'un prurit intense, exagéré la nuit.

Son état général est satisfaisant.

L'étude histologique a été pratiquée par M. LEREDDE qui en a consigné les résultats dans la note suivante:

La biopsie a porté sur une petite tumeur de l'aisselle, qui a été fixée



par le sublimé ; un fragment a en outre subi l'action de l'acide osmique.

A l'examen général des coupes, on est frappé de la hauteur des papilles dont le sommet n'est séparé de la surface cutanée que par trois ou quatre rangées de cellules non cornées. Leur largeur aussi est très accrue ; elles sont séparées les unes des autres par les cônes interpapillaires très longs, le plus souvent très minces. Néanmoins, l'infiltration cellulaire des papilles est très modérée ; leur hypertrophie est essentiellement liée à la dilatation du réseau sanguin, des gros troncs lymphatiques surtout, formant de grandes cavités en quelques points, et à l'œdème du tissu conjonctif. Une papille est le siège d'une petite hémorragie.

L'œdème et la congestion sont également marqués dans les autres couches du derme et la formation de la tumeur constatée cliniquement paraît surtout leur être due.

Cependant dans la région sous-papillaire, on voit, non en couche continue mais en foyers isolés les uns des autres, de petits amas cellulaires orientés autour de vaisseaux distendus. D'autres moins importants se voient dans la profondeur.

Les amas cellulaires comprennent :

- a) Des cellules fixes ;
- b) Des lymphocytes ;
- c) De grosses cellules, d'aspect tout à fait anormal, polyédriques, tassées parfois les unes sur les autres, qui par la thionine se colorent en totalité sans présenter du reste les granulations des mastzellen.

Sur une préparation colorée au violet d'Ehrlich, décolorée par le Gram et l'alcool absolu, on voit que ces cellules comprennent un, parfois deux noyaux (1).

Des mastzellen en nombre considérable sont disséminés dans toute l'épaisseur du derme. Toutes ont conservé leur noyau. On les observe sous deux types, le type classique avec ses longs prolongements habituels, et un type arrondi, sans prolongements, prenant la matière colorante avec une intensité excessive.

Il faut signaler la présence de leucocytes polynucléaires disséminés, jamais confluent. Leur présence dans le tissu s'explique par leur nombre considérable dans les vaisseaux sanguins.

Enfin on remarque quelques rares cellules éosinophiles et quelques éléments à pigment jaunâtre.

Le liquide de Biondi met en évidence des modifications profondes du tissu conjonctif. Dans le corps sous-papillaire et dans le derme profond tous les éléments fasciculés sont dissociés, écartés les uns des autres ; on ne voit plus que des fibrilles, là même où il n'y a pas trace d'infiltration cellulaire.

Au niveau des amas périvasculaires on ne voit pas de réticulum bien dessiné ; des fibres conjonctives séparent simplement les cellules les unes des autres. Cette absence de réticulum doit être rapprochée de l'absence d'amas cellulaires importants.

Parmi les faisceaux connectifs dissociés, un assez grand nombre fixent

(1) Il s'agit sans doute de cellules fixes en prolifération.



les matières colorantes basiques (violet de gentiane, thionine), fait que j'ai déjà remarqué dans le mycosis.

Les cellules fixes, qu'il faut de préférence étudier dans la profondeur du derme, sont en voie de division active, on les trouve toujours accumulées au nombre de deux ou trois. Quelques-unes offrent une karyokinèse évidente. Leur protoplasma se colore légèrement par la thionine. De place en place, on voit de fines gouttelettes graisseuses.

Dans l'épiderme on remarque un petit nombre de cellules migratrices, la karyokinèse fréquente du corps de Malpighi. Bien plus importante est la non-colorabilité de la couche cornée par l'acide osmique ; cette lésion appartient encore au mycosis.

En somme, le diagnostic histologique de mycosis paraît certain ; il repose sur la présence de mastzellen en grand nombre ;

Sur l'existence d'amas comprenant des cellules fixes et des lymphocytes ;

Sur les altérations du tissu conjonctif, la présence de filaments basophiles ;

Sur l'incolorabilité de la couche cornée par l'osmium.

On peut objecter seulement la non-existence d'un réticulum net. Mais elle n'est pas surprenante à cette phase prémycosique où les foyers périvasculaires n'ont pas achevé leur formation.

L'infiltration d'éléments polynucléaires, venus des vaisseaux, l'existence de cellules anormales dans la région sous-papillaire n'infirmant pas le diagnostic. Du reste, en présence des lésions qui ont été décrites, aucune hypothèse autre que celle du mycosis ne peut être soulevée.

Restait à examiner le sang de la malade, qui pouvait expliquer l'afflux de leucocytes dans les vaisseaux de la peau. Il existe une leucocytose certaine mais peu considérable (22,000 leucocytes par millimètre cube). Je n'ai pu découvrir d'altérations qualitatives dans les éléments figurés du sang.

Le diagnostic nous paraît établi par la généralisation et la persistance de l'érythrodermie, par le développement des nodosités intra-dermiques, par les adénopathies multiples et volumineuses et par le prurit intense et persistant. Nous venons de voir que M. Leredde arrive à la même conclusion par son étude histologique. Nous avons donc affaire à un nouveau cas de ces érythrodermies dont l'homme rouge que nous avons présenté en 1889 au congrès de Paris a été l'un des premiers spécimens et que nous avons étudié complètement dans notre mémoire en collaboration avec M. Besnier.

Ce qui a rendu le diagnostic longtemps difficile, c'est l'existence dans les antécédents de la malade, d'une dermatite bulleuse et la production de bulles dans le cours même de l'éruption actuelle ; on ne peut admettre qu'il y ait là une simple coïncidence ; il s'est agi manifestement d'une forme bulleuse de l'érythrodermie mycosique. Nous avons pensé d'abord à une de ces érythrodermies que l'on voit parfois succéder aux poussées bulleuses dans la dermatite herpétiforme. L'intensité du prurit n'était pas en désaccord avec cette

interprétation, mais on pouvait lui objecter les caractères de la desquamation qui, au lieu de se faire en larges lambeaux comme il est de règle en pareil cas, a été au contraire constamment fine et furfuracée : l'apparition des nodosités intradermiques et les résultats de l'examen histologique sont venus lever tous les doutes.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions de notre travail :

1° Les néoplasies mycosiques peuvent présenter les caractères de condylomes végétants agglomérés en bourrelets volumineux dont les sièges d'élection sont les régions axillaires et inguinales ;

2° Le mycosis généralisé peut s'accompagner d'un œdème persistant des quatre extrémités ;

3° L'affaissement rapide des tumeurs mycosiques ne prouve pas que la maladie présente une activité moindre, car elle peut coïncider avec l'apparition de vastes néoplasies en nappe ;

4° Cette néoplasie peut envahir en peu de jours toute la région dorsale en présentant les caractères d'une plaque géante d'érythème marginé ;

5° L'érythrodermie prémycosique peut s'accompagner d'éruptions bulleuses simulant la dermatite herpétiforme.

M. WICKHAM. — Chez la femme atteinte d'érythrodermie prémycosique présentée par M. Hallopeau, on constate sur le dos que l'érythème s'offre par places en petits éléments arrondis. Je rappellerai à ce propos l'observation suivante : chez une des malades du service de M. Fournier, atteinte de tumeur mycosique de la cuisse et dont l'histoire entière sera prochainement publiée dans la thèse de M. Malherbe, on constatait sur le tronc des éléments prémycosiques en taches érythémateuses, petites, très pâles, quelques-unes légèrement squameuses, non prurigineuses. Cette éruption qui existait depuis fort longtemps sans se modifier, simulait parfaitement une roséole syphilitique.

La malade n'aurait pas eu la grosse tumeur mycosique de la cuisse, qu'on aurait été très embarrassé pour faire le diagnostic exact de cette éruption. Dans la séméiologie des roséoles, il faut donc tenir compte d'une *roséole prémycosique*.

#### Chancre syphilitique probable du sillon naso-génien droit chez un nourrisson.

Par M. H. FEULARD.

Voici un enfant âgé de 3 mois, allaité par sa mère, qui présente sur le côté droit du nez, un peu au-dessus de la narine, dans le sillon qui sépare le nez de la joue, une lésion qui me paraît ne pouvoir être autre chose qu'un chancre syphilitique. C'est une petite exulcération

croûteuse, large comme une pièce de vingt centimes environ et reposant sur une base inflammatoire large et indurée : toute la lésion mesure environ les dimensions d'une pièce de deux francs. Au niveau du bord maxillaire inférieur on trouve deux ganglions gros comme des cerises, durs, roulant sous le doigt, et d'autres ganglions plus petits sur le côté du cou au-dessous de l'oreille. Il n'y a rien du côté gauche. L'enfant est très bien portant et ne présente actuellement aucune éruption sur la peau ou sur les muqueuses. La mère est indemne, et une jeune sœur et un jeune frère sont également en bonne santé ; le père est mort, il y a deux mois, de tuberculose pulmonaire.

Voilà un mois que dure la lésion et depuis quelques jours elle a une tendance spontanée vers la guérison. L'étiologie de ce chancre, si cela en est un comme je le crois, est difficile à retrouver. L'enfant n'a jamais quitté sa mère ; celle-ci se souvient seulement que dans les derniers jours de la maladie de son mari, comme elle était chez le pharmacien, un inconnu qui se trouvait dans l'officine demanda la permission d'embrasser l'enfant, ce qu'elle accorda. Elle se souvient qu'à ce moment le bébé avait une petite écorchure à l'endroit où s'est développée la lésion actuelle. En rapprochant la date de celle du début de cette probabilité de contagion de la lésion et de sa durée, on retrouve les délais ordinaires de l'incubation et de l'évolution du chancre. Je me propose d'ailleurs de représenter cet enfant dans un mois et l'évolution de la maladie permettra certainement de vérifier ou d'infirmier le diagnostic.

#### **Dermatite polymorphe douloureuse chronique à poussées successives.**

Par M. DU CASTEL

Victorine G..., Agée de 50 ans, d'une constitution vigoureuse, présente depuis deux ans au niveau de la région lombo-dorsale un grand placard éruptif de 30 centim. environ de longueur sur 25 de largeur. Les bords sont irrégulièrement polycycliques, à grands cercles. La surface de la région malade est érythémateuse dans son ensemble ; sur la plaque érythémateuse se dessinent des soulèvements épidermiques de forme circulaire correspondant évidemment à la période avancée d'une affection bulleuse ; ces cercles épidermiques circonscrivent des surfaces d'un rouge plus intense que la rougeur générale de la plaque malade ; ils ont des dimensions un peu supérieures à celles d'une pièce de 50 centimes ; la lésion est sèche ; depuis plusieurs mois que la malade vient de loin en loin à la consultation externe de l'hôpital ; je n'ai jamais pu constater l'existence d'une véritable bulle, ni aucun suintement de la surface malade. Les cer-

cles épidermiques sont irrégulièrement disséminés à la surface de la région malade. La sensibilité est normale ; il ne paraît pas y avoir de modifications de la sensibilité au tact, à la température, à la douleur.

L'éruption a été précédée pendant un an de douleurs névralgiques dans la région dorsale. Depuis que l'éruption s'est montrée, les douleurs sont minimales ; un peu de cuisson, quelques démangeaisons constituent toutes les impressions morbides : le prurit s'exagère cependant souvent d'une façon très nette au moment des poussées bulleuses.

Telle est la seule lésion, que j'ai pu constater pendant plusieurs mois chez M<sup>me</sup> G..., lésion fixe, immobile, ne présentant pas de modifications notables pendant cette longue durée de temps.

Dans ces derniers temps, des phénomènes nouveaux se sont produits ; ce sont deux placards de lichen plan très nets au niveau du cou à droite et à gauche ; c'est une bulle géante à la partie inférieure de la jambe gauche.

Sur la partie antérieure du cuir chevelu, immédiatement en arrière du front, on peut constater la présence d'un grand placard parfaitement arrondi, recouvert d'une croûte jaunâtre impétiginiforme ; ce placard mesure huit centimètres environ de diamètre. A ce niveau, non plus, je n'ai pu constater l'existence de bulles depuis trois semaines environ que je connais cette lésion. Ce placard existe depuis six mois.

Les muqueuses, la muqueuse buccale en particulier, ne présentent aucune altération.

En cherchant à remonter dans les antécédents de notre malade, on constate qu'avant d'être atteinte des accidents que je viens de vous montrer, elle a déjà payé un large tribut à la dermatologie. Dans sa tendre enfance elle aurait eu une gale (?) qui aurait duré deux ans.

A 8 ans, elle eut sur chaque tempe une petite dartre qui dura deux mois.

A 18 ans, elle est atteinte d'une scarlatine dont l'évolution se fait régulièrement.

A 21 ans une petite dartre se montre au niveau de l'ombilic, grande comme une pièce de vingt sous, de couleur rouge, accompagnée de démangeaisons, bientôt recouverte d'une croûte. Dix-huit jours plus tard, toute la surface du corps se couvre de bulles, ressemblant tout à fait, dit la malade, aux cloches qui succèdent à l'application d'un vésicatoire ; un certain nombre atteignirent le volume d'une noix. Les membres furent relativement épargnés ; il n'y eut que deux bulles sur les bras, une bulle sur la jambe gauche. Cette éruption s'accompagna de fièvre, de sensations très douloureuses ; les cloches, en se crevant, donnaient issue à un liquide qui empesait le linge. L'éruption bulleuse se prolongea pendant deux ou trois ans par répétition d'éruptions successives.

Après ces trois années, une ère de tranquillité s'est ouverte ; de tranquillité relative, car s'il n'y avait plus d'éruptions généralisées, une bulle se montrait de loin en loin, souvent au moment des époques menstruelles, au niveau du tiers inférieur de la jambe, à la partie interne, dans le point où nous en voyons une aujourd'hui. La jambe, du reste, rougit volontiers ; souvent elle est enflée le soir.

Notre malade est donc depuis son enfance sujette à des affections cutanées qu'on peut regarder comme d'origine nerveuse sans pouvoir dire exactement de quel trouble nerveux elles relèvent. Dans l'enfance, ce fut cette gale de plusieurs années de durée qui ne fut sans doute qu'un prurigo diathésique; plus tard, ce furent ces éruptions bulleuses tantôt généralisées, tantôt localisées et fixées en un point, tiers inférieur de la jambe, région dorsale, sur lesquelles la menstruation paraît exercer par moments une certaine influence; ce sont des éruptions du type lichen dont nous voyons aujourd'hui un échantillon sur le cou. Mais si notre malade est une nerveuse cutanée, on ne rencontre pas chez elle de grandes manifestations nerveuses, simplement une impressionnabilité grande de caractère, pas de manifestations hystériques. L'examen de la sensibilité cutanée sur toute la surface du corps ne permet pas de constater d'altérations de celle-ci.

En résumé, Messieurs, je suis porté à considérer notre malade comme atteinte de manifestations nerveuses cutanées, sans qu'il me soit possible d'en préciser la nature.

M. HALLOPEAU. — L'éruption est en ce moment franchement bulleuse et prurigineuse. Ces altérations sont probablement d'origine chimique; elles sont mal classées et doivent être considérées comme des formes anormales de pemphigus ou de dermatite de Duhring.

M. DU CASTEL. — Je crois plutôt à une origine nerveuse plutôt que toxique. Pourquoi une intoxication chimique irait-elle se loger dans des placards aussi localisés. La forme bulleuse de l'éruption, le retour des bulles aux époques des règles, s'expliquent mieux par l'influence du système nerveux.

M. HALLOPEAU. — Je ferai remarquer que les lésions sont disséminées, car, en outre du grand placard dorsal, il existe d'autres éléments éruptifs au cou et aux jambes.

#### **Lymphangiectasies de la muqueuse buccale consécutives à des érysipèles à répétition.**

Par M. DU CASTEL.

Julia R..., 26 ans, entrée salle Biette, n° 9, le 3 avril 1895. Depuis l'âge de 16 ans, la malade est sujette à des érysipèles à répétition: au moment des poussées inflammatoires, il y avait fièvre, production de bulles sur la figure; chaque crise se prolongerait pendant plusieurs semaines.

Depuis le deuxième érysipèle, la face est toujours restée bouffie; il y aurait, en dehors des grandes poussées érysipélateuses, des accès de bouffissure de la face sans fièvre, sans changement de coloration de la

peau. A chaque érysipèle, il se ferait une poussée éruptive du côté de la muqueuse buccale.

La constitution générale de la malade est bonne; la menstruation est régulière. Julia R... n'a jamais fait de grande maladie: elle ne connaît pas de tare morbide dans sa famille.

La muqueuse buccale présente, dans son ensemble, une coloration normale: sur la muqueuse de la lèvre inférieure, il existe de petites saillies grosses comme des grains de millet, légèrement acuminées; quelques-unes sont transparentes; d'autres, opaques et de teinte laiteuse; ces saillies sont recouvertes d'un épithélium normal.

Sur les joues, au niveau des espaces interdentaires, lésions analogues, peut-être un peu plus volumineuses, sur la joue droite, il existe un placard allongé, mesurant environ un centimètre dans son sens le plus allongé, de couleur blanc nacré, à surface irrégulière, paraissant formé par la réunion de plusieurs grains morbides.

La malade déclare que des grains nouveaux se forment à chaque poussée érysipélateuse; quelques-uns disparaissent spontanément, quelques-uns persistent.

Le facies, dans son ensemble, est celui d'un sujet lymphatique; les joues sont bouffies, empâtées dans leur partie inférieure, à peu près symétriquement des deux côtés; à la partie inférieure de la joue gauche, on sent un ganglion lymphatique tuméfié et mobile.

Au niveau de la clavicule droite et du cou, cicatrices anciennes probablement consécutives à des abcès tuberculeux.

La malade, que je viens de vous présenter, est la copie de celle qui nous a été présentée au mois de décembre 1893 par M. Tenneson et dont vous entretenait à nouveau, au mois de janvier 1895, M. Renault. Elle est atteinte de dilatations lymphatiques de la muqueuse buccale et est un exemple de plus des troubles profonds et permanents que l'érysipèle peut apporter à la circulation lymphatique.

M. TENNESON. — Cette malade reproduit en effet le type exact du cas que j'ai présenté il y a un an à la Société, et dont l'étude histologique avait été faite par M. Darier.

M. LEREDDE. — J'observe en ce moment un cas identique de varices lymphatiques dans le service de M. Robin, mais c'est sur la langue que siègent les vésicules chez mon malade.

#### **Ulcération chancriforme de la joue chez une jeune fille. Lymphadénie cutanée probable.**

Par M. LOUIS WICKHAM.

Hier je vous présentais une ulcération chancriforme de la verge de nature tuberculeuse, le cas actuel ne le cède en rien comme rareté. L'as-



pect de chancre est ici tout aussi net, plus même et les divers médecins auxquels M. le professeur Fournier a présenté cette malade de son service, ont adopté pour la plupart le diagnostic de chancre syphilitique.

La difficulté seule résidait en ce fait que la lésion datant de un mois n'était pas accompagnée de ganglions. A la rigueur, le fait n'aurait pas été impossible d'un chancre sans ganglions, et comme la lésion ne datait que de un mois, rien d'étonnant à ce que l'explosion secondaire n'ait pas encore paru.

Les caractères de la lésion étaient ceux d'un chancre assez développé, grand comme une pièce de 1 franc, présentant une base inflammatoire très épaisse, et non point l'induration spéciale au chancre normal. La surface était très suintante, laissant couler une sérosité jaunâtre mélicérique.

Rien là n'autorisait à abandonner l'idée de chancre; et pourtant la jeune fille (18 ans) ne s'était exposée d'aucune façon, et le ganglion n'apparaissait toujours pas. Aussi M. le professeur Fournier, ces jours derniers, affirma nettement que s'il ne pouvait dire ce qu'était cette lésion, en tous cas il affirmait que ce n'était pas un chancre.

Depuis une quinzaine de jours les lésions ont évolué en perdant de plus en plus les caractères du chancre: on a plutôt l'impression d'une tumeur ulcérée. La petite malade raconte que pendant les trois premiers jours, il n'y avait là qu'une petite grosseur violacée, non encore ulcérée. Il n'y a jamais eu de démangeaisons, et jamais aucune autre éruption cutanée.

M. Gastou a examiné un fragment biopsié. Voici le résultat de ses recherches:

« Le fragment de tumeur pris sur un des bords, comprend le liséré congestif qui la borde et la partie ulcéro-croûteuse, jaunâtre qui en forme la saillie. Après fixation par le sublimé, inclusion à la paraffine et coloration par le picro-carmin, l'hématoxyline et l'éosine pures ou associées à l'aurantia, l'examen microscopique donne les résultats suivants:

A un faible grossissement (Reichert Oc. 3, Oc. 2), l'ensemble de la coupe rappelle la structure d'un ganglion lymphatique, on y voit des parties plus colorées formant des sortes de nodules et des parties plus claires. Des parties foncées occupent le centre des coupes.

A un grossissement plus fort (Reichert, Oc. 3, Oc. 4), les parties foncées, où plutôt celles qui sont colorées d'une façon plus intense, sont constituées d'une part: par des amas de cellules lymphatiques et d'autre part par la coupe des papilles du derme et des follicules pileux. On ne voit pas de glandes sébacées ni sudoripares. L'épiderme n'est pas altéré. Les capillaires des papilles et de la partie centrale des coupes sont très dilatés et contiennent de nombreux globules rouges.

Les parties claires correspondent au tissu conjonctif dont les faisceaux sont légèrement hypertrophiés et entre lesquels des cellules embryonnaires reliées aux nodules s'insinuent et s'infiltrant, se réunissant par places en petits amas.

Quelques cellules fixes du tissu conjonctif sont fusiformes avec un gros noyau. Mais elles n'ont pas l'aspect que l'on rencontre dans le sarcome, c'est-à-dire qu'elles ne se groupent pas pour former de véritables fuseaux.



Si les cellules embryonnaires infiltrant le tissu conjonctif et en dissocient les fibres, surtout dans la partie centrale des coupes, on ne voit pas nettement le réticulum qui constitue le stroma des tumeurs mycosiques.

A un grossissement plus élevé encore et en employant l'objectif à immersion l'aspect des différentes parties est le même; quelques vaisseaux sont entourés de cellules embryonnaires qui ne constituent pas de véritables manchons.

Il n'existe ni cellules géantes, ni bacilles dans les coupes, seulement des diplocoques à la superficie de la partie ulcérée.

Que conclure de cet aspect histologique? Il ne s'agit pas de cancer, de tuberculose, de mycosis, de pustule maligne, de farcin, de folliculites agminées, de lésion trichophytique. Non seulement la structure histologique mais encore la recherche des parasites est contraire à ces diagnostics.

S'agit-il d'un lympho-sarcome? La quantité de cellules fusiformes est trop minime, et ne présente pas la disposition qui caractérise le sarcome.

En résumé, à cause de l'aspect ganglionnaire noté sur les coupes, à cause de l'existence de véritables follicules lymphoïdes, le diagnostic anatomique est: tumeur lymphatique. L'infiltration embryonnaire et la dilatation vasculaire indiquant en outre une légère irritation inflammatoire, il faut ajouter: tumeur lymphatique inflammatoire.

La constatation d'un diplocoque donnant des colonies fort analogues au streptocoque, ne peut faire préjuger la nature de la tumeur, qui reste en somme indéterminée. »

M. Darier, qui a bien voulu examiner les coupes faites par M. Gastou, pense qu'elles ont une grande analogie avec le bord d'une tumeur de lymphadénie cutanée. Il s'agirait donc ici plus probablement d'un cas de lymphadénie cutanée.

A vrai dire, l'étude histologique n'est pas suffisante pour affirmer, le fragment biopsié ne pouvait être que trop petit. Aussi faut-il rechercher si les caractères de la lésion pourraient s'appliquer à quelque autre affection.

Nous avons passé en revue les diverses lésions possibles. Le chancre mou n'a pas encore été signalé à la face. Une inoculation faite au bras a paru un moment positive, mais il ne s'agissait que d'une lésion staphylococcienne banale, sans qu'on puisse trouver le strepto-bacille de Dacry. D'ailleurs, pas de ganglions.

La tuberculose peut quelquefois évoluer rapidement; et quelques caractères rappellent ici un peu ceux des ulcérations tuberculeuses, mais l'histologie est contraire à cette interprétation (d'ailleurs la plus plausible après celle que nous avons faite), car on n'a pas trouvé de cellules géantes.

Il ne semble pas pouvoir être question, du moins d'après l'enquête, de lésions syphilitiques tertiaires acquises ou héréditaires.

L'herpès en groupe formant un élément isolé solitaire, comme cela se voit parfois aux organes génitaux, ne serait pas accompagné d'une

pareille indolence, il y aurait des ganglions inflammatoires. Du reste, le début ne rappelle en rien l'herpès.

La folliculite agminée aurait montré du mycélium trichophytique dans les coupes et la lésion serait plus nettement suppurative.

La pustule maligne, à laquelle nous avons pensé au début, a une évolution autrement inquiétante.

Nous pourrions en dire autant de la morve, du farcin, qui n'évoluent pas de cette façon, et d'ailleurs l'histologie ne correspond nullement à ces affections. Le bacille de ces maladies n'a pas été trouvé.

Le lympho-sarcome, le sarcome, le mycosis fongoïde en tumeur d'emblée (lymphadénie cutanée), sont les dernières affections auxquelles la clinique aurait permis de penser; l'évolution de la lésion est en effet trop rapide, et la tumeur d'emblée est bien rare, pour qu'on ait pu penser à une lymphadénie cutanée. Je dois dire pourtant, et sans vouloir nullement en tirer avantage, que dès les premiers doutes émis au sujet du chancre, j'avais été assez frappé de la ressemblance de cette lésion avec une tumeur analogue développée chez un malade atteint de lymphodermie généralisée, et j'avais suggéré à mon maître, M. le professeur Fournier, l'idée d'un mycosis fongoïde. En effet, en se rappelant le cas que je viens de signaler et en palpant soigneusement la lésion, on avait l'impression plutôt d'une tumeur. Or, malgré tout, il semble que l'histologie puisse permettre de ramener cette lésion dans la classe des lymphadénies cutanées.

Je ne manquerai pas de représenter cette malade aux prochaines séances pour tenir la Société au courant de l'évolution ultérieure. En tous cas, s'il s'agit vraiment d'une lymphadénie cutanée, l'observation peut être considérée, je crois, comme unique dans la littérature.

M. HALLOPEAU. — Les signes cliniques ne sont pas en faveur d'une tumeur mycosique. Les caractères de l'ulcération, le peu de netteté des bords, l'absence d'adénopathies éloignent de ce diagnostic. Ne pourrait-on attribuer cette lésion à une irritation locale produite par la pullulation des microbes signalés par M. Gastou ?

#### Kérion du cou.

Par M. TENNESON.

Le malade que je présente, est atteint d'un kérion du cou, kérion remarquable par le grand nombre des plaques et par l'irrégularité de leur contour.

A distance, la lésion ressemble à un lupus verruqueux multiple.

Ce jeune homme âgé de 18 ans, imberbe est conducteur, de bœufs ; il est en contact journalier avec des chevaux.

Le microscope a démontré que ce kérion est dû, suivant la règle, au trichophyton mégalosporon ectotrix du cheval.

Le kérion et la périfolliculite agminée ne sont qu'une seule et même lésion, qui ne doit pas porter des noms différents sur les régions pilaires et sur les régions glabres.

Qu'il nous soit permis de rappeler qu'il n'y a pas, pour nous, de kérion rebelle, durant des semaines et des mois. En une minute, avec la grosse curette tranchante, nous transformons la lésion en une plaie simple, qui guérit dans le temps voulu pour la guérison d'une plaie simple.

M. HALLOPEAU. — Je suis d'avis que, dans un tel cas, les badigeonnages iodés doivent suffire à la guérison sans qu'il soit nécessaire de recourir aux grattages.

M. BESNIER. — Certainement, et même la guérison peut venir assez rapidement en un mois, mais cela à la seule condition d'appliquer la teinture d'iode en frictions très énergiques.

M. TENNESON. — Je me ferai un devoir et un plaisir de suivre dans ce cas le conseil de mes collègues. Je connais les bons effets de la teinture d'iode ; mais elle ne suffit pas toujours ; et alors rien ne vaut la curette. On attend trop longtemps pour s'en servir ; il faut, dans certains cas, l'employer d'emblée.

M. DU CASTEL. — D'ailleurs la curette n'est pas sans inconvénient, pour peu qu'elle soit mal dirigée, elle laisse des cicatrices.

M. TENNESON. — L'emploi de la curette laisse sans doute une cicatrice ; mais je n'applique la curette qu'à des tissus déjà détruits par la suppuration ; et en pareil cas, la cicatrice est obligatoire, quel que soit le traitement employé.

#### Troubles trophiques des extrémités avec syndromes syringomyéliques.

Par PAUL GASTOU.

Le 6 avril 1895, entré dans le service de M. le Dr Fournier un homme âgé de 51 ans, laveur de carreaux.

D'aspect misérable, la face violacée, les yeux enfoncés dans l'orbite, parlant à peine et marchant péniblement, il venait à l'hôpital pour des plaies des doigts datant, disait-il, de six semaines, plaies qui étaient survenues progressivement, qui ne le faisaient point souffrir, mais qui non

soignées, le gênaient et l'incommodaient dans son travail, consistant à laver les glaces et les devantures des magasins.

En l'examinant, on s'aperçut qu'il présentait à l'extrémité des deux petits doigts des lésions simulant des panaris. Les ongles étaient entourés d'ulcérations à fond bourgeonnant, rougeâtre, saignant, occupant toute l'étendue de la phalange et bordées par un repli saillant, recouvrant les bords de l'ongle. La phalange était fléchie fortement sur la phalange comme luxée.

Ces ulcérations symétriques, toutes deux à la face dorsale du petit doigt, tenaient à la fois du panaris et du périonyxis.

Le malade disait n'en pas souffrir. Elles dataient de six mois ; il avait cru d'abord à des engelures, et se plongeait les mains dans l'eau pour ramener la circulation dans ses doigts qui étaient souvent engourdis.

Mais bientôt les deux doigts restèrent blancs à l'extrémité, il s'y produisit, dit-il, une ampoule, comme un mal blanc, et l'épiderme tombé l'ulcération survint.

Ce n'était pas la première lésion qu'il présentait. Depuis deux ans il lui vient aux pieds des croûtes qui laissent en tombant des ulcérations qui ne sont pas douloureuses. Du reste, tous les hivers il a des engelures.

Les lésions du pied examinées ressemblaient à des maux perforants, siégeant à la face plantaire des premier, troisième et quatrième orteils pour le pied gauche et du premier orteil pour le pied droit.

A l'amaigrissement se joignait une véritable atrophie des muscles, surtout manifeste aux mains où elle entraînait une légère déformation en griffes, un myosis très intense, un tremblement non permanent et surtout provoqué des mains.

L'ensemble de ces lésions fit penser aussitôt à des troubles trophiques d'origine nerveuse centrale. En recherchant la sensibilité, deux faits frappèrent aussitôt : les sensations douloureuses étaient peu perçues ; il existait un retard très marqué de la sensibilité. Le tact était perçu mais la perception très retardée ; ce phénomène devenait d'autant plus net en allant de la racine du membre à l'extrémité.

Le chaud n'était pas senti aux mains, aux pieds, dans le dos, et très mal apprécié dans les autres points du corps. Dans ces points, le froid était souvent confondu avec le chaud ; du reste, il arrivait pendant l'examen de voir une sensation persister et être perçue longtemps après l'excitation.

La douleur était peu sentie lors de la première recherche, mais après plusieurs examens répétés elle devenait nette, surtout quelques secondes après l'instant de la piqure.

Il y avait donc, surtout aux extrémités des membres, de la thermoanesthésie, de la dissociation de la sensibilité.

Les réflexes étaient normaux. Pas de douleurs fulgurantes, ni en ceinture, pas de titubation les yeux fermés. Le malade prétendait avoir eu à un certain moment de l'incontinence des urines et des matières, mais ce phénomène avait été de courte durée.

Pas de malformations de la colonne vertébrale.

Interrogé sur ses antécédents, on ne trouvait rien dans sa famille comme hérédité nerveuse.

Lui-même n'avait jamais été malade avant 25 ans. A cette époque, il aurait eu un chancre de la verge qui a duré deux mois et fut soigné au vin aromatique. Il dit n'avoir eu aucun accident à la suite du chancre, qui ne s'accompagna pas de bubon. Il eut cependant une alopecie passagère. Le malade a beaucoup voyagé, n'a jamais eu de fièvres intermittentes.

L'examen des organes montra un cœur sain, mais les poumons furent trouvés altérés. Sous la clavicule gauche existaient de la matité, du souffle et de gros râles sous-crépitaux, entremêlés de râles secs et superficiels. Le malade expectorait des crachats séreux, mousseux, fortement aérés, mais non purulents.

Les fonctions gastro-intestinales s'accomplissaient normalement. Le foie et la rate étaient de dimensions habituelles.

Dans les urines, légère quantité d'albumine, pas de sucre.

L'ensemble de ces signes fit penser qu'il s'agissait de troubles trophiques à forme de panaris analgésique et de maux perforants dépendant d'une syringomyélie.

Depuis les phénomènes se sont modifiés.

Le 18 avril, le malade examiné à nouveau présente une hyperesthésie très marquée à la piqure aux extrémités des doigts et des orteils et sur les membres. La chaleur est mieux perçue, il y a encore confusion quelquefois entre le chaud et le froid surtout du côté droit du corps. Il n'y a plus de retard de la sensibilité. Les extrémités supérieures perçoivent ces diverses sensations moins nettement que les inférieures. La sensibilité électrique n'est perçue en aucun point du corps et il faut des courants faradiques intenses pour amener des contractions musculaires.

Deux points également à signaler : un rétrécissement du champ visuel dans toutes les directions et pour les deux yeux et l'absence de perception gustative; le sulfate de quinine n'est perçu ni d'un côté, ni de l'autre.

Cette observation, prise les premiers jours, semblait pouvoir être rapportée à un cas type de syringomyélie.

Les modifications survenues dans les symptômes permettent-elles de maintenir ce diagnostic ?

Pour la syringomyélie il y a bien la dissociation de la sensibilité, les troubles trophiques, le myosis et l'atrophie musculaire; mais ce qui n'est pas dans les habitudes de la syringomyélie, c'est la rapidité de l'évolution de la maladie et les modifications si rapides qui se sont produites sous l'influence du repos.

Un autre diagnostic semble plus acceptable, si l'on envisage l'état général du malade et son histoire antérieure.

Ce malade, quoique l'examen des crachats soit resté négatif, est, de par la clinique, un tuberculeux cachectique, plus amaigri qu'atrophie. En outre, il a toujours été sujet aux engelures, et avait une circulation des extrémités défectueuse. Son affection a commencé aux pieds et aux mains, pendant l'hiver, à la suite de gelures répétées.

N'y a-t-il pas là des raisons suffisantes pour admettre des névrites

périphériques survenues chez un tuberculeux à l'occasion du froid.

Ainsi s'expliquent facilement la rapidité d'évolution, les troubles trophiques, la mobilité des signes sensitifs et surtout la localisation de tous ces phénomènes trophiques dans des territoires bien déterminés, c'est-à-dire sur les trajets des nerfs les plus exposés aux refroidissements répétés et aux gelures, les extrémités des pieds et des mains.

Cependant il est toute une série de lésions qui se rapprochent de très près de ces troubles trophiques, et en particulier les lésions de l'asphyxie des extrémités, de la sclérodactylie et de la lèpre mutilante.

C'est avec cette dernière affection que le diagnostic est le plus difficile; quoique le malade n'ait jamais habité dans des pays où règne la lèpre, quoiqu'il n'ait jamais eu de contact avec des lépreux, on ne peut nier d'une façon absolue la lèpre sans faire au préalable la recherche du bacille de Hansen.

M. ABADIE. — Vous connaissez tous les remarquables travaux de M. Zambaco, qui a démontré jusqu'à l'évidence qu'un certain nombre de malades considérés comme atteints de la maladie de Morvan ou de syringomyélie n'étaient autres que des lépreux dégénérés.

Cette manière de voir n'a pas été acceptée par les neuro-pathologistes, qui ont voulu alors diviser les états syringomyéliques en deux variétés, l'une d'origine lépreuse, l'autre d'origine encore inconnue. Pourtant, au point de vue clinique il n'y avait pas de symptômes appartenant en propre à chacune de ces variétés, et cette distinction était uniquement fondée sur la présence ou l'absence du bacille de Hansen chez les syringomyéliques.

Eh bien, plus les recherches se multiplient, plus la technique se perfectionne et plus aussi il semble que les faits avancés par M. Zambaco sont exacts et plus on trouve des cas de syringomyélie d'origine lépreuse.

Déjà M. Pitres a publié une observation importante où le diagnostic étiologique restait en suspens, lorsque l'examen d'un fragment de nerf superficiel vint démontrer la présence du bacille de la lèpre et lever tous les doutes.

Dans un travail récent publié dans les *Annales de Dermatologie* et dans la *Presse médicale Roumaine* de Bucharest, M. le Dr Petrini, de Galatz, vient d'indiquer un moyen simple nouveau pour trouver le bacille. D'après lui, dans tous les cas douteux il faut le rechercher au niveau des plaques anesthésiques cutanées, et en suivant la technique qu'il recommande on le trouve constamment. Il me semble que chez le malade présenté par M. Gastou il y avait un intérêt réel à faire ces recherches qui pourraient éclairer le diagnostic.

M. ENLERS. — Je n'hésite pas un instant à prononcer pour le malade, que présente M. Gastou, le diagnostic de lèpre. Le phénomène de dissociation syringomyélique se trouve fréquemment dans la lèpre nerveuse,



je l'ai trouvé souvent chez mes malades d'Islande. Ce malade, il est vrai, n'a eu aucun rapport avec des lépreux ; il n'a pas été hors de France ; mais quelquefois il suffit d'un rapport très court. Ainsi dans le cas publié par Armauer Hansen, une malade n'avait eu aucun rapport direct avec des lépreux, seulement elle avait fait le lit d'un lépreux. J'ai vu des cas analogues.

M. BESNIER. — Personne plus que moi n'apprécie les beaux travaux de M. Zambaco, mais je pense que la question, dans son ensemble, reste à l'étude et est trop considérable pour être déterminée à l'aide d'un cas particulier.

**Deux cas de mélanodermie de symptomatologie semblable,  
mais de causalité différente.**

Par M. BARTHÉLEMY.

J'ai observé, le 24 mars dernier, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le Dr Bar, un cas qui m'a paru fort intéressant au point de vue de l'interprétation causale. Sur le conseil de mon cher maître, le professeur Fournier, et grâce à l'amabilité de mon excellent ami, le Dr Bar, je peux vous présenter la malade.

Il s'agit d'une jeune femme blonde, vigoureuse et bien portante habituellement, qui a été prise, dès le deuxième mois de sa grossesse, d'une augmentation considérable de la pigmentation normale de ses téguments. Normalement cette jeune femme a la peau et surtout le cou assez fortement pigmentés, de cette teinte jaune verdâtre que l'on trouve chez certaines blondes. Mais cette pigmentation est devenue peu à peu extrêmement marquée, de façon à produire une véritable mélanodermie presque généralisée, uniformément développée, surtout au cou et au tronc. Pourtant on y aperçoit un grand nombre de petites taches blanches, ovalaires, de dimensions inégales, çà et là disséminées au hasard et allant de la largeur d'un pois à celle d'une pièce de deux francs.

Or, il ne s'agit pas ici de taches de vitiligo, encore moins de taches addisonniennes (la malade n'a aucun trouble général ni viscéral, aucune pigmentation des muqueuses buccales, etc.). Je pense qu'il s'agit d'une hyperpigmentation presque généralisée, due à la grossesse, d'un trouble trophique pigmentaire de la gestation ; du moins jusqu'à nouvel ordre.

Pourtant une autre interprétation doit être discutée, malgré son invraisemblance apparente. Cette jeune femme, primipare, a accouché à sept mois et demi d'un fœtus mort et macéré. Le père de l'enfant est syphilitique. La malade n'a d'ailleurs présenté et ne présente aucune espèce de symptôme général ni local (dénutrition, céphalée, douleurs ostéocopes ou articulaires multiples et nocturnes, gonflements périostiques, alopecie, adénopathies, et autres symptômes de la syphilis conceptionnelle même latente, même silencieuse dans ses manifestations tégumentaires, viscérales, muqueuses, etc.). Malgré cela, s'agirait-il ici d'une hyperpigmen-



tation, symptôme unique d'une syphilis conceptionnelle? Je ne le crois pas; car, en regardant bien, on trouve des taches maculeuses, sur le visage, au front, aux tempes, autour des yeux, où l'on voit, à un degré très léger mais pourtant très net, le masque ordinaire à la grossesse. Il me semble donc plus exact de rattacher à la même cause la pigmentation généralisée (mélanodermie gravidique).

Il s'agit bien d'hyperpigmentation et non de décoloration partielle, de leucodermie : on voit au cou la trace linéaire d'une égratignure par une épingle, ou la trace d'un coup d'ongle; or cette petite cicatrice est restée blanche comme les divers ilots de peau saine; la malade affirme très catégoriquement qu'elle n'a jamais eu sur le corps la moindre éruption, ni la moindre tache rosée ou rouge.

Toutefois, l'hypothèse d'une syphilide pigmentaire spéciale devait d'autant plus être posée que ce cas, exceptionnel en tout état de cause, se rapproche singulièrement d'un cas du service de M. Fournier où la jeune personne n'a jamais eu de grossesse, mais où la syphilis secondaire est incontestable, bien qu'il n'y ait pas eu non plus d'éruption spécifique ni autre, au préalable, sur les téguments, et qu'il s'agisse bien là, dans l'opinion de M. Fournier, d'un phénomène franchement parasymphilitique. Or, on peut comparer les deux malades et les deux photographies : c'est à s'y méprendre.

M. GASTOU. — Celle des deux malades qui appartient au service de M. Fournier a eu, du quatrième au cinquième mois après son chancre, toute une série d'accidents nerveux : paralysie faciale, hémianesthésie; abasie.

#### Mouvement épidémique de la syphilis à Copenhague.

Par M. EHLERS (de Copenhague).

La déclaration de nouveaux cas de maladies infectieuses est depuis longtemps obligatoire en Danemark. Nous avons donc de quoi faire une statistique de la fréquence des maladies vénériennes. Les statistiques de ce genre présentent le commun désavantage, qu'elles ne sont jamais complètes, puisqu'il y a beaucoup de malades qui ne traitent pas les affections vénériennes ou qui ne s'adressent pas au médecin, et il y a beaucoup de malades qui courent d'un médecin à un autre sans prévenir le dernier qu'ils ont été déjà en traitement chez le premier médecin, de sorte qu'un seul malade peut multiplier les nouveaux cas dans la statistique plusieurs fois.

Aussi ne suis-je pas trop disposé à accorder à ces statistiques une

trop grande valeur, d'autant plus qu'on a su toujours les utiliser de manière tout à fait différente, diamétralement opposée.

Les uns se servent de ces statistiques-là pour prouver l'utilité et l'efficacité du contrôle de la prostitution, tandis que les abolitionnistes de la prostitution les emploient pour prouver l'inutilité absolue du contrôle.

En 1892, M. Pontoppidan s'est servi de notre statistique vénérienne pour les années 1886-1890, qui démontra que la syphilis diminuait rapidement à Copenhague, fait qu'il attribuait à l'efficacité du contrôle.

J'ai voulu contrôler cette statistique et voici ce que j'ai trouvé :

Années	Nombre de cas de syphilis	Traités pour la 1 <sup>re</sup> éruption dans l'hôpital communal	Prostituées clandestines traitées à l'hôpital de l'Ouest.	Femmes publiques traitées pour première éruption	Population de la ville intérieure.	Syphilis par mille
1864	504	337			163,000	3,1
1865	594	375			166,000	3,6
1866	742	433			169,000	4,4
1867	838	369			173,000	4,8
1868	1012	447			173,000	5,9
1869	1058	471		36	176,000	6,0
1870	873	448		15	181,000	4,8
1871	804	427		25	185,000	4,3
1872	884	394		13	189,000	4,7
1873	766	318		12	193,000	4,0
1874	824	372		19	194,500	4,2
1875	708	354		25	207,500	3,4
1876	696	306		17	212,500	3,3
1877	709	235		13	218,000	3,2
1878	717	254		18	223,500	3,2
1879	940	360		32	229,000	4,1
1880	954	466		35	237,500	4,0
1881	1005	450		32	246,000	4,1
1882	1077	479		19	254,000	4,2
1883	1182	517		21	262,500	4,5
1884	1341	503		18	274,000	4,9
1885	1868	437		15	284,000	6,6
1886	2122	449	40	8	289,500	7,3
1887	1736	336	76	12	295,000	5,9
1888	1157	268	58	10	303,500	4,1
1889	970	202	41	8	308,600	3,1
1890	939	153	28	7	316,000	3,0
1891	985	184	45	17	323,000	3,1
1892	898	178	38	10	330,000	2,7

La syphilis règne à Copenhague avec une fréquence moyenne de 430 cas par an et pour 100,000 habitants. (Copenhague et ses faubourgs ont maintenant 410,000 habitants, mais notre statistique ne comprend que la ville intérieure.)

Mais nous avons eu, au cours des trente dernières années, deux épidémies assez marquées, en 1868-1869 et en 1885-1887. M. Pontopidan, qui a conclu à la diminution de la syphilis à Copenhague, a été induit en erreur, parce qu'il a pris comme point de départ de sa statistique l'année 1886, dans laquelle la syphilis a atteint le chiffre le plus élevé qu'elle a atteint dans les trente dernières années.

Quelles sont les raisons de ces oscillations épidémiques dans la fréquence de la syphilis. Quoique je connaisse assez bien tout ce qui concerne la prostitution et la syphilis à Copenhague, je les ignore complètement.

*La syphilis, comme toute autre maladie infectieuse, présente des oscillations épidémiques dans une grande ville.*

La statistique des maladies vénériennes est donc incapable de parler ni contre ni en faveur du contrôle de la prostitution.

Il est possible que les barrières, que nous posons à la syphilis, soient peu efficaces en face de causes que nous ignorons, qui peuvent augmenter ou diminuer la fréquence de la syphilis; mais malgré tout le contrôle de la prostitution clandestine est simplement logique, puisqu'il vaut mieux mettre la lionne en cage que de la laisser se promener tranquillement sur les boulevards.

M. FEULARD. — Comment fait-on à Copenhague pour connaître et compter dans la statistique les malades de la clientèle de ville ?

M. EHLERS. — Tous les médecins sont obligés, un jour par semaine, de signaler les nouveaux cas de syphilis venus sous leur direction, sans, bien entendu, indiquer le nom et le domicile des malades, et ce service marche très régulièrement.

**Sur un cas d'éruption circinée chronique de la main.**

Par M. W. DUBREUILH.

A une des dernières réunions de la Société dermatologique de Londres, Colcott Fox (1) a présenté sous l'étiquette de « Ringed eruption on the fingers » une observation assez curieuse et difficile à classer. J'ai eu l'occasion d'observer l'année dernière un cas identique et d'en faire l'examen microscopique.

M<sup>me</sup> P... se présente le 30 juin 1894 à la clinique dermatologique de la Faculté. Elle est âgée de 33 ans, petite, brune, maigre, nerveuse et constipée, ayant du reste une bonne santé générale. Elle n'a jamais eu de maladie sérieuse. Ses parents vivent encore, son père est rhumatisant, sa mère a présenté divers accidents de nervosisme. Elle a deux frères et une sœur qui ont tous eu diverses manifestations de rhumatisme subaigu ou chronique; sa sœur à eu en outre deux attaques assez graves de rhumatisme articulaire aigu.

On ne trouve dans les antécédents personnels de la malade aucune trace de syphilis héréditaire ou acquise. Jusqu'à l'âge de 16 ans, elle a eu beaucoup d'engelures.

Les lésions actuelles ont apparu il y a cinq ans par des élevures dures et pâles siégeant sur le bord radial des deux index et sur le bord cubital du pouce gauche. Depuis lors elles ont lentement et progressivement grandi, se déprimant à la partie centrale, de façon à former un cercle à croissance excentrique. La peau redevient normale dans l'aire du cercle. L'extension de la lésion est continue; elle n'est influencée ni par la saison ni par aucune circonstance connue de la malade. Il n'y a jamais eu de modification dans les caractères actuels, sauf quelques rhagades qui surviennent surtout en hiver.

Depuis quatre ou cinq mois ont apparu de nouvelles lésions sous forme de plaques lenticulaires à la face dorsale de la première articulation phalangienne de l'index et du médius des deux côtés.

30 juin 1894. Actuellement les mains sont un peu froides, légèrement violacées, elles pâlisent à la pression pour reprendre lentement leur couleur. On y voit de nombreuses cicatrices superficielles dues aux engelures et sans relation avec les lésions actuelles : la sudation est modérée. Sur la face dorsale des premières articulations phalangiennes de l'index et du médius des deux côtés se trouvent des lésions de début qui remontent à cinq mois. Elles sont constituées par des élevures du volume d'une lentille, un peu plus pâles que la peau normale, arrondies, faisant une saillie de 1 millim. environ, recouvertes par un épiderme lisse et légèrement écailleux. La consistance de ces élevures est très dure, analogue à celle d'une chéloïde; elles font corps avec les parties superficielles du derme,

(1) COLCOTT FOX. Ringed eruption on the fingers. Dermatol. Soc. of London, 13 février 1895. *British Journal of Dermatology*, 1895-91.

mais elles sont mobiles sur les parties profondes et absolument indolentes. La tumeur de l'index droit est coupée par une rhagade profonde qui suit un pli de la peau. La tumeur du médius droit plus grande a déjà la forme d'un demi-cercle de 2 millim. de diamètre.

L'index gauche présente un cercle presque complet qui partant du bord radial de l'index, au voisinage de l'articulation métacarpo-phalangienne, suit le pli de flexion palmaire, la face palmaire de la première phalange, gagne obliquement la deuxième articulation phalangienne sur le bord radial et vient se perdre sur la deuxième phalange de la face dorsale de l'index au niveau de la lésion récente ci-dessus décrite.

Dans l'aire de ce cercle qui comprend presque toute la face radiale de l'index la peau ne présente aucune altération. La bordure est formée par un bourrelet dur, de consistance chéloïdienne, pâle, bordée des deux côtés par une bande mal limitée d'un violet très pâle, de 4 millim. de large, de 1 millim. de saillie, recouvert d'un épiderme non épaissi mais un peu écailleux par suite des rhagades qui sont en voie de guérison. On ne constate ni rougeur ni infiltration profonde, la lésion occupant les parties superficielles du derme.

Sur l'index droit le cercle est un peu plus étendu, mais moins complet. Sur les deux médius et le pouce gauche, la lésion n'est plus représentée que par des arcs de cercle isolés de 1 à 3 centim. de diamètre où la peau est absolument normale.

On excise un fragment de la bordure saillante sur la face palmaire du médius gauche.

Le traitement institué consiste en une pommade à l'ichtyol.

Le 5 décembre 1894, les lésions paraissent s'être un peu affaïssées. Elles ne se sont pas étendues en surface. On remplace la pommade à l'ichtyol par l'emplâtre de Vigier avec minium et cinabre (formule de Vidal).

Régression très marquée des lésions dans toute leur étendue. Sur la face dorsale des articulations phalangiennes des index et des médius les plaques dures et saillantes ont à peu près disparu ; la couleur y est normale. Il n'y a plus ni dureté ni saillie ; on remarque seulement que les sillons transversaux y sont moins nombreux que d'habitude.

A la main droite tout a disparu sauf un léger bourrelet à peine appréciable à la racine de l'index sur le côté palmaire avec une petite rhagade.

Sur le médius gauche on ne trouve plus que la cicatrice opératoire. Sur l'index on retrouve encore le cercle précédemment décrit, mais il n'a pas grandi et le bourrelet qui le limite est plus souple, moins dur et moins saillant.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Le fragment excisé a été choisi sur la face palmaire de façon à comprendre la bordure saillante, et les coupes ont été faites perpendiculairement à cette bordure. La pièce fixée par l'alcool a été incluse dans la paraffine et les coupes ont été colorées par diverses méthodes, notamment : 1° par l'éosine-hématoxyline de Renaut ; 2° par l'orcéine acide et le bleu de méthylène au formol ; 3° par la cochenille aqueuse suivie de la fuchsine acide picrique ou de l'acide picrique et de l'éosine.

L'épiderme ne présente que des altérations très légères. Au niveau du

bourrelet la couche granuleuse a légèrement diminué d'épaisseur, les autres couches sont normales. Les prolongements interpapillaires de l'épiderme sont abaissés ; les papilles dermiques sont abaissées et élargies. Ce sont là, en somme, de simples lésions mécaniques dues à la tension et à l'étalement de l'épiderme par une lésion sous-jacente.

Dans la partie moyenne du derme se trouve un foyer assez diffus d'infiltration cellulaire. Les cellules sont assez volumineuses, plus riches en protoplasma que les cellules migratrices ordinaires, se rapprochant des cellules fixes du tissu conjonctif. Je n'ai pas pu me convaincre s'il s'agit de cellules analogues aux Plasmazellen de Unna, mes préparations colorées dans ce sens n'ayant pas fourni de résultats démonstratifs. Il y a très peu de Mastzellen et pas du tout de cellules géantes. Ce foyer d'infiltration respecte d'une part la partie superficielle du derme et la couche papillaire est absolument indemne, d'autre part la partie profonde du derme avec les glandes sudoripares qui ne présentent aucune altération.

Cette infiltration cellulaire ne s'accompagne pas d'altération apparente du tissu conjonctif ni du tissu élastique. Les cellules sont infiltrées entre les faisceaux conjonctifs formant parfois des amas plus compacts. A la partie centrale de ce foyer se trouve une petite zone dans laquelle on ne trouve pas un noyau colorable. Les fibres conjonctives et élastiques paraissent s'y continuer sans altération. Mais on n'y voit point de noyaux. On dirait qu'il s'agit d'un foyer de nécrose de coagulation.

Je n'ai pu découvrir aucun microbe par aucun des procédés de coloration employés (bleu de méthylène, polychrome et éther de glycérine ou orcéine neutre, bleu de méthylène phéniquée et huile d'aniline, méthode de Gram-Weigert).

Dans le cas de Colcott Fox, il s'agit d'une fillette de 11 ans qui présentait sur la face palmaire de l'annulaire droit une lésion circinée, ovale s'étendant de la première à la dernière phalange et débordant sur les faces latérales du doigt. Elle est caractérisée par une bordure lisse, arrondie, saillante, ayant un huitième de pouce de large et un seizième de pouce de saillie.

L'aire incluse dans cette bordure est normale ou tout au plus un peu rouge. Pas de symptômes subjectifs ; cependant la bordure saillante est un peu sensible à la pression. Sur le petit doigt de la main droite existe un anneau semblable mais plus petit et interrompu, formant une série de nodules arrondis. La lésion paraît intéresser toute l'épaisseur de la peau.

D'après les renseignements fournis par la mère de la malade, chacun de ces cercles avait débuté dans le courant de décembre par un nodule qui s'était graduellement accru excentriquement. Pas d'antécédents de rhumatisme ni de signes actuels de cette affection, si ce n'est quelques douleurs dans les épaules quand la malade avait un peu marché. La santé générale était du reste excellente.

Colcott Fox pense qu'il s'agit d'une lésion d'origine rhumatismale

comparable à ce que Crocker a décrit sous le nom de erythema elevatum diutinum.

L'éruption est restée tout à fait stationnaire pendant une semaine que la malade est restée en observation.

Le classement de cette éruption est assez difficile; Colcott Fox rapproche son cas des faits publiés sous le nom de erythema elevatum diutinum par J. Bury (1), R. Crocker et Williams (2), Smith (3).

Il y a cependant des différences assez notables, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique.

L'affection est constituée par des nodules ou des placards saillants, durs, bien limités, sans altération de l'épiderme, d'un rouge violacé, à peu près indolents. Les lésions siègent sur la face palmaire des mains et des doigts, sur la face dorsale des doigts au niveau des articulations, aux coudes et aux genoux; elles durent souvent plusieurs années sans changement et disparaissent lentement sans qu'aucun des traitements employés ait eu d'efficacité bien marquée. Les malades étaient des jeunes filles et avaient toutes des antécédents de rhumatisme personnels ou héréditaires.

Des fragments ont été excisés par Crocker et Williams d'une part et par Smith de l'autre.

Les premiers ont trouvé des lésions d'inflammation chronique. Le second, une véritable néoplasie fibreuse.

Mon cas diffère donc des précédents par la pâleur des lésions et leur extension centrifuge avec régression centrale. L'affection classée dont il se rapproche le plus est le lupus érythémateux. Mais il est certain que le lupus érythémateux des mains présente généralement un aspect tout à fait différent, et je ne connais pas d'observation de lupus érythémateux offrant cette marche excentrique.

#### Modifications à apporter au traitement général de la syphilis.

Par M. CH. ABADIE.

Habituellement, quand un malade contracte la syphilis, on attend, pour entreprendre un traitement général, l'apparition des accidents secondaires.

La question est depuis longtemps discutée de savoir si, dès l'appa-

(1) JUDSON BURY. *Illustrated medical News*, 23 février 1889, et *Hutchinson's Archives of Surgery*, t. II, planche LXI.

(2) R. CROCKER et WILLIAMS. Erythema elevatum diutinum. *British Journal of Dermatology*, 1894, 1.

(3) F. J. SMITH. Case of so called erythema elevatum diutinum. *British Journal of Dermatology*, 1894, 144.



rition du chancre initial, il convient de prescrire ou non un traitement général.

Presque tous les syphiligraphes et la grande majorité des médecins à leur suite répondent par la négative et se contentent de traiter localement l'accident local, se réservant d'intervenir au moment des accidents secondaires.

Pourtant, récemment, M. Jullien a fait une tentative pour tâcher de faire sortir les praticiens de cette routine. Il a montré, en suivant attentivement un certain nombre de malades, qu'il y avait réellement avantage à les soumettre de suite à un traitement mercuriel. Les accidents secondaires qui arrivent presque fatalement étaient parfois évités, et quand ils survenaient, ils prenaient un caractère plus anodin.

Néanmoins, cette question est restée controversée. Il est incontestable qu'elle est assez difficile à résoudre immédiatement, en raison même de l'inconstance et de la variabilité des accidents secondaires. Mais d'ores et déjà, outre que les faits semblent plaider en faveur du traitement dit « précoce » de la syphilis, théoriquement aussi ce traitement est rationnel.

Il n'est douteux pour personne aujourd'hui que l'infection microbienne se généralise rapidement dans l'organisme dès l'apparition du chancre infectant. Les manifestations secondaires en sont le témoignage évident.

Dès lors, pourquoi attendre que ces accidents éclatent, pourquoi laisser l'élément microbien prendre possession de l'organisme sans être inquiété et y acquérir toute sa virulence. N'est-ce pas plus logique, plus conforme à nos connaissances bactériologiques, dès qu'on est certain qu'un microbe s'introduit et se diffuse dans l'organisme, de l'empêcher de s'y établir tout à son aise et de combattre sa virulence autant que possible.

Non seulement la grande majorité des médecins n'attache pas une grande importance à instituer un traitement immédiat, mais en outre, quand les accidents secondaires apparaissent, ils se bornent à prescrire des pilules de protoiodure de mercure, ou simplement de l'iodure de potassium à faible dose. Or, à notre avis, cette médication est absolument insuffisante, et il y a lieu de traiter la syphilis plus sérieusement.

Ceux qui observent longtemps les malades et qui sont consultés, non pour les accidents immédiats presque toujours relativement bénins, mais pour les accidents qui, survenant beaucoup plus tard, se localisent alors avec ténacité sur des organes importants, ceux-là, dis-je, sont peut-être mieux à même que les autres de constater les funestes conséquences des traitements insignifiants ou incomplets institués dès le début.

Ce sont surtout les ophtalmologistes et les neuropathologistes qui

sont appelés à soigner les complications les plus graves et les plus tardives de la syphilis. Les ophtalmologistes ont à soigner les chorio-rétinites, les atrophies des nerfs optiques dont le pronostic, quoi qu'on fasse, est encore si grave.

Les neuropathologistes voient des ataxiques, des paralytiques généraux, des malades dont la moelle et le cerveau sont touchés de diverses manières et souvent d'une façon irrémédiable.

Or, la plupart du temps, les malades qui présentent ces accidents tardifs si graves ont suivi dès le début un traitement insignifiant, sinon nul.

J'appelle un traitement insignifiant, les pilules de protoiodure qui sont données de façon si banale, et l'iodure de potassium administré à faibles doses.

Le succès de ces préparations, dont l'emploi est si répandu et pour ainsi dire classique, tient sans doute à ce qu'on les prescrit au moment des accidents secondaires qui ont déjà de la tendance à disparaître spontanément.

Mais dès qu'on se trouve en présence de manifestations sérieuses et en particulier de complications du côté des organes des sens ou du système nerveux cérébro-spinal, on s'aperçoit vite que leur action curative est relativement faible et ne vient pas à bout des lésions vraiment graves et sérieuses.

Je crois qu'à l'avenir il sera préférable de substituer aux pilules de protoiodure, au sirop de Gibert et aux autres préparations mercurielles administrées par le tube intestinal, les frictions mercurielles et bien mieux encore les injections sous-cutanées de sels mercuriels.

Au dernier congrès de Lyon, on a discuté la valeur thérapeutique comparative des modes d'administration des sels mercuriels. La discussion a été un peu confuse, la lumière n'a pas été faite. Les uns ont plaidé pour les injections, les autres contre, quelques-uns ont exagéré les inconvénients, les dangers d'intoxication des injections mercurielles à doses massives.

Il semble pourtant déjà établi par cette discussion que tous ceux qui ont réellement employé les injections mercurielles en sont restés partisans et semblent les préférer aux autres modes de traitement.

Mais, à mon avis, aucun de ceux qui ont pris la parole n'a insisté sur cet argument qui me paraît décisif, c'est que les injections sous-cutanées de sels mercuriels guérissent sûrement des manifestations graves tardives, d'autant plus graves et plus tenaces qu'elles sont plus tardives, et qui résistent à tous les autres modes de traitement. Or, c'est le cas de dire « qui peut le plus peut le moins ». Je crois que tous les accidents guéris par le protoiodure ou autres pilules mercurielles l'eussent été au moins tout aussi bien par les injections, tandis que la réciproque n'est pas vraie, les injections guérissent ce

que le protoiodure et le sirop de Gibert ne guérissent pas. Dès lors, pourquoi ne pas préférer tout de suite un traitement qui est sûrement plus puissant et plus efficace ? Il est d'une application moins commode, c'est possible, mais il ne faut pas sacrifier la sécurité à la commodité, surtout dans une maladie qu'on ne saurait jamais assez combattre vigoureusement en raison de l'avenir toujours incertain, toujours inquiétant.

Voilà, je le répète, le point important de la question quand on traite des méthodes comparatives de traitement de la syphilis. Il ne s'agit pas de facilité, de commodité pour le malade et le médecin ; il s'agit d'efficacité, de garanties pour l'avenir.

Les ophtalmologistes ont à soigner journellement des malades atteints d'affections oculaires graves, kératites parenchymateuses, névrites optiques, chorio-rétinites, qui résistent absolument aux pilules de protoiodure, au sirop de Gibert, et contre lesquelles ils seraient complètement désarmés s'ils n'avaient pas recours aux injections mercurielles sous-cutanées. Depuis quelque temps même, dans les formes les plus tenaces de ces affections, je substitue les injections intra-veineuses aux sous-cutanées.

Quoi qu'on en ait dit, la technique des injections intra-veineuses est très simple. J'en ai fait beaucoup et n'ai jamais eu d'accident qui mérite d'être signalé. On applique une ligature à la partie moyenne des bras, de façon à provoquer la turgescence des veines du pli du coude et de l'avant-bras et, avec une aiguille-canule en platine iridié flambée avec soin à la lampe à alcool, on pénètre doucement dans la veine. En faisant la piqûre, on a nettement la sensation de pénétration dans le vaisseau qui indique bien qu'on n'est pas dans le tissu cellulaire sous-cutané.

On injecte de la sorte, tous les deux ou trois jours, le contenu de la seringue de Pravaz, soit un centigramme de cyanure ou de bichlorure d'hydrargyre. Ces injections demandent un peu plus de soin, il est vrai, de la part du médecin, mais elles sont peut-être mieux supportées que les injections sous-cutanées et ne provoquent pas ces douleurs, ces nodosités post-opératoires qui découragent souvent les malades. Enfin, surtout, point important dans certains cas, elles paraissent incontestablement plus efficaces.

Malgré tout, ni les injections sous-cutanées, ni les injections intra-veineuses, ne peuvent guérir l'atrophie des nerfs optiques isolée ou liée à des lésions cérébro-spinales qu'on rencontre si fréquemment chez des malades ayant eu la syphilis. Le pronostic reste toujours encore absolument mauvais. C'est précisément pour éviter ces lésions tardives incurables que nous préconisons chez tout malade venant de contracter la syphilis un traitement énergique immédiat par les injections sous-cutanées de sels mercuriels.

M. BARTHÉLEMY. — Je suis partisan du traitement de la syphilis par les injections soit solubles, soit insolubles de préparations mercurielles et je l'ai défendu en maintes occasions. Mais je persiste à penser qu'on ne peut et qu'on ne doit pas soumettre à ce mode de médication indistinctement tous les syphilitiques, dès le début de leur infection, sans savoir si le cas sera sérieux ou léger : il faut toujours proportionner les moyens de traitement à l'intensité du mal ; c'est pour le médecin une règle élémentaire et générale dont le syphiligraphe n'a pas à se départir. Or, quand on voit un grand nombre de syphilitiques et qu'on les suit longtemps, on peut voir que le nombre est très grand de ceux qui, incontestablement infectés et soignés exclusivement par les pilules de protoiodure puis de sublimé pendant un temps suffisamment long, sont guéris à tout jamais pour eux-mêmes, pour leur entourage comme pour leur descendance. Il n'y a donc pas lieu de recourir aux injections pour tous les cas, d'autant qu'il est prouvé que la syphilis est aussi sérieuse chez les sujets qui ont été, pour une cause ou pour une autre, plus ou moins fortement mercurialisés avant l'infection. Quand un accident se montre par la suite et que le traitement simple et de pratique courante n'est pas suivi de résultat, il faut alors prendre des moyens soit plus actifs, soit momentanés : on s'adresse alors aux injections, soit solubles (qui ne sont pas douloureuses, surtout l'huile stérilisée à la dose d'un centigramme de biiodure d'hydrargyre bien dissous) mais qui exigent les injections quotidiennes ou biquotidiennes, soit insolubles qui, comme le calomel (0 gr. 05, par gramme d'huile stérilisée), sont à la vérité bien peu douloureuses quand on les fait dans le muscle non loin de l'épine iliaque, et ne doivent être répétées que passagèrement et tous les huit jours au plus.

Enfin je ne crois pas que M. Abadie soit l'interprète exact de la pratique de la majorité des praticiens lorsqu'il dit qu'on ne traite les syphilitiques que lors de l'apparition des accidents secondaires et qu'on les soumet précocement à l'iodure de potassium. Pour ma part, je n'ai jamais rien fait et rien vu faire de semblable, et j'ai même des syphilitiques qui depuis huit à dix ans n'ont jamais pris un gramme d'iodure de potassium, n'ayant pas vu l'indication de ce traitement. M. Fournier dans son enseignement insiste toujours sur la préférence à donner au mercure sur les iodures, et comme lui j'ai toujours prescrit le traitement dès l'apparition du chancre et surtout dès que le diagnostic de l'infection était devenu incontestable. Il n'y a en effet que dans les cas opposés que les raisons sont plausibles et acceptables d'attendre avant de donner le contre-poison.

M. MOREL-LAVALLÉE. — Dans un très grand nombre de cas, par les traitements ab ingestis suivis méthodiquement pendant un temps déterminé on obtient d'excellents résultats.

M. HALLOPEAU. — Il est certain qu'on est d'accord entre syphiligraphes sur un point : c'est que le traitement de la syphilis a une grande importance dans les premières années de la maladie et qu'il doit être pratiqué avec constance et énergie. Pour notre part, nous employons de préférence les frictions mercurielles alternativement ou concurremment avec l'iodure de potassium.

M. ABADIE. — Je répondrai à M. Morel-Lavallée que ma communication a surtout pour but de démontrer la sécurité trompeuse que donne le succès des pilules de protoiodure dans le traitement des accidents secondaires. Vous guérissez facilement ces malades de ces accidents, mais ils se marient et quelque temps après leurs enfants meurent ou plus tard présentent les accidents variés de la syphilis héréditaire; eux-mêmes présentent dix, quinze ans plus tard des manifestations graves et tenaces du côté des organes des sens ou du système nerveux.

Je reconnais avec M. Hallopeau que la plupart des médecins qui s'occupent aujourd'hui spécialement de syphilis *commencent* à prescrire des traitements sérieux et prolongés et emploient surtout les frictions mercurielles, mais, je le répète, c'est là le petit nombre; la masse des praticiens dans le monde entier en est encore à prescrire le traitement par les pilules de protoiodure, et c'est pour modifier et réagir contre cette manière de faire que j'ai pris la parole dans cette réunion où se trouvent les hommes les plus aptes à juger et à propager les questions qui se rapportent à la thérapeutique de la syphilis.

Je répondrai à M. Barthélemy que tout est pour le mieux si l'accord se fait sur le traitement précoce de la syphilis recommandé par M. Jullien; mais comme le disait tout à l'heure M. Du Castel, cet accord est loin d'être complet et beaucoup de médecins même parmi les spécialistes attendent encore l'apparition des accidents secondaires pour commencer le traitement.

M. DU CASTEL. — Chez les grands syphilitiques, souvent on a constaté le surmenage comme facteur de gravité. M. Abadie a-t-il remarqué qu'il y ait eu chez les malades atteints de lésions graves, tardives, oculaires, quelque surmenage de l'œil.

M. ABADIE. — Je n'ai pas fait cette remarque. Certaines personnes sont frappées sans cause spéciale.

La séance est levée.

Le secrétaire,

LOUIS WICKHAM.

## SÉANCE DU 20 AVRIL 1895

PRÉSIDENTIE DE M. G. BESNIER

**SOMMAIRE.** — Sur un cas de lichen scrofulosorum, par M. H. FEULARD. (Discussion : MM. HALLOPEAU, FEULARD, SABOURAUD.) — Pyodermite impétigineuse de la face; stomatite consécutive; adéno-phlegmon du cou; albuminurie, par M. H. FEULARD. — Étude histologique sur le liquide des vésicules et des bulles, par MM. LEREDDE et PERRIN. — Injections mercurielles intra-veineuses, par M. ABADIE. (Discussion : MM. EHLERS, BARTHÉLEMY, JULLIEN, BALZER, BESNIER, FEULARD.) — Kératose pileaire et syphilis, par M. P. GASTOU. (Discussion : MM. BALZER, BARTHÉLEMY, RENAULT, GASTOU.) — Myxœdème, traitement par l'ingestion de corps thyroïde frais, par M. BALZER. (Discussion : MM. HALLOPEAU, DUBREUILH, WICKHAM.) — Lupus érythémateux anormal, folliculis ou type morbide nouveau, par MM. H. HALLOPEAU et LE DAMANY. (Discussion : MM. DUBREUILH, BARTHÉLEMY, HALLOPEAU.) — Sur un cas de vitiligo par compression, par MM. H. HALLOPEAU et SALMON. (Discussion : M. JULLIEN.) — Contribution à l'étude clinique et anatomique de la verrue vulgaire, par M. DUBREUILH. — Du rôle de la syphilis dans l'atrophie ataxique de la papille, par M. GALEZOWSKI. — Sur un cas de réinfection syphilitique, par M. ERAUD. (Discussion : M. BARTHÉLEMY.) — Trois nouveaux cas de pityriasis rubra pilaris, par M. MENEAU. — Rareté du microsporon Audouini en Italie, par M. SABOURAUD. — Éruption d'antipyrine, par M. GASTOU.

### A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

M. HALLOPEAU montre une des malades qui a fait l'objet de sa communication, à la séance du 18 avril, intitulée : sur deux formes d'ACNÉ CORNÉE.

### Lichen scrofulosorum.

Par M. H. FEULARD.

Les cas de lichen scrofulosorum, quoique un peu mieux connus en France maintenant, ne sont pas encore devenus assez banals pour qu'il n'y ait pas quelque intérêt à vous présenter ce jeune enfant qui offre un exemple typique de cette maladie.

Eugène M..., Agé de 10 ans, est le deuxième de trois enfants nés d'un ménage marié depuis douze années. Le père, âgé de 45 ans, ouvrier ébéniste, est bien portant et est seulement un peu emphysémateux; la mère, âgée de 36 ans, est bien portante aussi comme vous le voyez; elle rapporte avoir eu dans l'enfance beaucoup de « glandes » au cou. Un frère aîné, âgé de 11 ans, est très bien portant; une sœur cadette, âgée de 6 ans, pré-



sente une adénopathie polyganglionnaire très accentuée sous le menton et dans les régions sous-maxillaires.

Les trois enfants ont été nourris par la mère.

Le sujet de l'observation est né avant terme, à 8 mois et demi; il a été nourri au sein jusqu'à l'âge de treize mois et a eu sa première dent à onze mois; il a eu la rougeole à deux ans; une fluxion de poitrine, qui aurait duré deux mois, à trois ans; puis une coqueluche; à quatre ans, il est tombé par la fenêtre et a eu une fracture du crâne avec lésion probable du rocher dont il lui reste une paralysie faciale gauche. C'est peu après, au dire de la mère, qu'ont commencé à se développer les glandes sous-maxillaires qui, depuis, ont augmenté. Il fut, à cause de ses adénopathies, envoyé l'an dernier à Berck et y a même contracté la tondante.

C'est un enfant qui présente, comme vous voyez, les attributs qu'on est convenu de rapporter à la scrofule. Les lèvres sont épaisses et, ainsi que les joues, d'un coloris rouge vif; les régions sous-maxillaires et sous-mentonnières sont déformées et gonflées par de gros ganglions dont un ou deux sont déjà ramollis, presque abcédés; plusieurs cicatrices déprimées situées sur les parties latérales au-dessous des oreilles témoignent qu'à diverses reprises des ganglions ont été ou se sont ouverts; enfin, sur la cornée gauche, existe une petite taie. C'est un type de scrofuleux.

C'est depuis un mois que s'est développée l'éruption qui nous intéresse.

Ce sont les démangeaisons, démangeaisons d'ailleurs peu importantes, qui ont attiré l'attention de la mère, qui constata alors la présence des premières plaques éruptives suivies bientôt d'autres en grand nombre. Aujourd'hui l'éruption a pris une grande extension occupant principalement le tronc.

Son maximum est sur le flanc droit. Elle forme dans cette région (voir le moulage fait par M. Baretta, n° 1814 de la collection générale du Musée) de nombreux placards éruptifs allongés de forme ovale pour la plupart et de dimensions variables. L'un d'eux, situé dans la ligne axillaire au niveau du bord externe du grand pectoral, mesure 6 centim. environ dans son plus grand diamètre disposé suivant la direction des côtes. D'autres plus petits (depuis la pièce de 0 fr. 50 jusqu'à celle de 2 francs) sont disposés dans le voisinage et descendent sur l'abdomen jusque dans la région de l'aîne.

Ils sont formés par des papules rosées, mais d'un rose un peu éteint, sèches, recouvertes à leur sommet, pour la plupart, de petites squames; quelques-unes, en petit nombre, surmontées d'une petite pustulette. Ces papules par leur groupement forment des cercles, la plupart incomplets et surtout des ovales allongés; à l'intérieur de ces cercles et ovales, la peau a l'apparence normale ou bien est parsemée de papules isolées; à côté de ces cercles et de ces ovales sont quelques groupes sans forme particulière formés de papules conglomérées; tous ces placards laissent entre eux d'assez grands espaces de peau sur lesquels on voit disséminées des papules isolées.

Les placards se retrouvent avec la même disposition mais moins abondants sur le flanc gauche; ils sont assez serrés sur le bas-ventre. Dans les aines, groupes de papules rosées, nouvellement apparues, l'éruption semblant suivre une marche descendante.

Dans le dos, l'éruption est surtout disposée en longues bandes verticales et est d'ailleurs assez discrète.

Les bras sont actuellement peu atteints : la peau présente un état xérodermique assez marqué ; l'éruption s'y montre très discrète : à droite, quelques petits placards seulement au niveau de la région postéro-externe ; papules disséminées sur l'avant-bras. Les lésions sont encore moins accentuées à gauche où existe cependant au niveau du pli de la saignée un placard composé de papules grisâtres ; à la face postérieure du poignet gauche, cicatrice d'abcès ancien.

Les jambes sont encore indemnes.

Ces papules ne provoquent pour ainsi dire pas de démangeaisons ; en tout cas, aucune trace de grattage.

Sur toute l'étendue du corps, la peau a un aspect grenu et donne en quelques endroits au toucher la sensation d'une râpe.

En résumé, il s'agit là d'un cas typique de *lichen scrofulosorum* dont l'éruption est encore près de son début et tend encore à s'augmenter et à gagner la plus grande partie du corps, du tronc notamment. Le petit malade vous sera représenté dans quelque temps.

M. HALLOPEAU. — Ce malade offre en effet un très bel exemple de lichen scrofulosorum. La nature de cette affection peut être considérée comme déterminée depuis les travaux de M. Jacobi et depuis l'observation de M. Sack, qui ont trouvé les bacilles de la tuberculose dans ses lésions. La malade que j'ai présentée à la Société en 1892, et dont le moulage est au musée, constitue une démonstration frappante de la nature tuberculeuse de ce lichen. A côté de placards analogues à ceux présentés par ce malade, il y avait d'autres groupes autour d'une cicatrice de tuberculose cutanée et de nodules lupiques ; la disposition de ces éléments prouvait de toute évidence leur subordination, ainsi que leur genèse successive, et par conséquent la nature tuberculeuse des papules de lichen scrofulosorum apparues en dernier lieu ; on dirait qu'il y a eu des atténuations successives du contagium ainsi localisé, la tuberculose initiale ayant donné lieu à une ulcération qu'ont entourée successivement, d'abord des nodules lupiques, puis, plus en dehors, les papules de lichen scrofulosorum.

M. FEULARD. — Dans notre cas, la biopsie n'a pas encore été pratiquée ; je pense qu'elle pourra servir à confirmer les résultats déjà obtenus.

M. SABOURAUD. — Dans le cas de M. Hallopeau, M. Darier avait trouvé dans les coupes des cellules géantes des plus nettes.

**Pyodermite impétigineuse de la face; stomatite consécutive;  
adéno-phlegmon du cou; albuminurie.**

Par M. H. FEULARD.

Le 9 février j'étais demandé pour voir un jeune enfant de 8 ans, atteint depuis quinze jours d'une éruption de « gourme » à la face. La lèvre supérieure et le pourtour de la commissure labiale gauche étaient recouverts de pustules grises et de croûtes jaunâtres à différents degrés d'évolution; quelques éléments isolés étaient situés sur le dos du nez et jusque sur le milieu du front, d'autres avaient envahi le menton; mais le groupe principal siégeait au-dessous de la narine gauche et sur la région correspondante de la lèvre. En même temps, il y avait dans la chevelure fort longue quelques éléments suintants et croûteux. En un mot, il s'agissait d'une de ces pyodermes si fréquentes chez les jeunes enfants et qui sont habituellement rangées sous le nom générique d'impétigo. Dans ce cas cependant les éléments éruptifs n'avaient pas cette belle couleur jaunâtre mélancolique de l'impétigo typique, mais avaient un aspect grisâtre et les croûtes étaient un peu noirâtres.

Il n'y avait pas de fièvre; l'état général était bon, malgré que l'enfant ne fût pas sorti depuis une quinzaine de jours. Sur le conseil d'un médecin, on avait fait quelques lavages à l'eau boriquée et appliqué une pommade à l'oxyde de zinc. Ce traitement, très rationnel et très simple, n'avait pas amené de résultat appréciable. Je fis ouvrir les petites pustules isolées, avec une aiguille flambée, laver avec un peu de coton et une solution résorcinée faible et recouvrir de rondelles d'emplâtre rouge de Vidal. Pour les placards sous-nasaux et labiaux, je fis appliquer une pommade contenant, avec l'oxyde de zinc, un peu d'acide borique et d'acétate de plomb. La chevelure fut coupée et sur le cuir chevelu je fis appliquer une pommade au baume du Pérou.

Le surlendemain je revoyais ce bébé: la plupart des pustules isolées étaient guéries, le cuir chevelu était très amélioré; les placards du pourtour de la bouche commençaient à se dessécher.

Deux jours après j'étais redemandé, avant le moment où je devais revoir le petit malade, par la mère très inquiète de phénomènes nouveaux. L'enfant avait été pris de fièvre, le thermomètre marquant 39°; et en même temps, de chaque côté du cou au-dessous des oreilles, étaient apparues des grosseurs assez volumineuses et semblant fort douloureuses. En effet, les ganglions latéraux du cou apparaissaient très gonflés; l'enfant ne pouvait ouvrir la bouche qu'avec difficulté et criait beaucoup. L'éruption cependant allait de mieux en mieux et je ne pouvais m'expliquer ce gonflement ganglionnaire, aussi subit, symétrique et même peut-être un peu plus marqué à droite, alors que l'éruption cutanée siégeait surtout à gauche, et dans des ganglions qui ne correspondaient pas aux lymphatiques de la lèvre supérieure. Examinant alors la face interne des lèvres, je constatai la présence de quatre ou cinq éléments grisâtres diphtéroïdes très nettement limités et de forme ronde. Je pensai qu'il s'agissait d'une propagation de l'éruption de la lèvre et de la com-

missure à la muqueuse buccale, et quoique je ne pusse examiner convenablement le fond de la bouche, l'enfant criant et se débattant, je prescrivis des lavages boriqûés à faire quatre fois par jour. La grand'mère, qui s'était chargée de les pratiquer, craignant de faire pleurer le bébé n'en fit qu'un, si bien que le surlendemain la situation loin d'être améliorée était la suivante : La fièvre oscillait toujours aux environs de 39° ; le gonflement ganglionnaire s'était accru, mais d'un côté seulement, à droite, c'est-à-dire du côté opposé à l'éruption cutanée ; la peau était tendue, souple et un adéno-phlegmon paraissait menaçant ; l'enfant dormait mal, ne s'alimentait pas, ne rendait qu'une petite quantité d'une urine épaisse, boueuse et foncée en couleur ; j'examinai cette urine séance tenante et j'y trouvai une grande quantité d'albumine. Je parvins non sans peine à examiner le fond de la bouche et je trouvai à la face interne de la joue droite, contre l'arcade dentaire, une exulcération allongée recouverte d'une peau grisâtre, qui mesurait bien deux centimètres de longueur et correspondait aux petites molaires inférieures. Le côté gauche était indemne. Il n'y avait rien sur le voile du palais. L'aspect de cette lésion rappelait celui de la stomatite ulcéro-membraneuse. En présence de cet état, sinon grave du moins sérieux, le traitement fut institué sévèrement et cette fois exécuté. La bouche fut lavée au moyen d'un irrigateur avec de l'eau boriqûée toutes les heures ; les ulcérations furent touchées avec un collutoire boraté.

Au bout de quarante-huit heures la situation s'améliorait ; la fièvre diminuait. Le thermomètre oscillait entre 37° 8 et 38° 2, l'enfant acceptait de prendre un peu de champagne et d'eau d'Evian, et un peu de lait ; l'albumine diminuait de quantité, de moitié à l'examen simple par l'acide nitrique. Un examen complet fait alors par M. Berlio montra qu'elle renfermait encore à cette date (20 février) 28 centigr. d'albumine par litre, en même temps que « quelques cylindres hyalins et épithéliaux avec d'assez fréquents leucocytes et cellules épithéliales dont certaines venant des tubes du rein ».

L'éruption de la muqueuse buccale était en voie de régression ; le gonflement ganglionnaire à gauche avait diminué, mais à droite l'adéno-phlegmon se caractérisait et la fluctuation devenait appréciable. En même temps l'enfant avait deux ou trois selles très fétides.

J'abrège maintenant la fin de l'observation, car à partir de ce moment l'amélioration s'accroît chaque jour : l'adéno-phlegmon fut ouvert, le lendemain (21) le pus était dans le ganglion et fut peu abondant, la température revint à la normale et, cinq jours après, la muqueuse buccale était complètement guérie : la peau l'était déjà depuis plusieurs jours. L'écoulement du pus du ganglion quoique très minime dura quelques jours encore et la guérison ne fut complète que le 28 février.

Cette observation me paraît intéressante à divers titres.

D'abord la propagation de l'impétigo de la face à la muqueuse de la bouche n'est pas très fréquente. Le fait est connu, et pour ne citer que quelques observateurs français, Comby, Sevestre et Gastou, Ch. Leroux en ont rapporté plusieurs observations ; mais il reste

habituellement rare et pour ma part, à la polyclinique dermatologique de la clinique infantile de la Faculté où j'ai déjà observé plusieurs centaines de cas d'impétigo, je ne l'ai pour ainsi dire pas rencontré; notre collègue M. Dubreuilh, dans son travail sur l'impétigo, considère également comme rare l'impétigo des muqueuses.

Mais ce qui est tout à fait exceptionnel, à ce que je crois, c'est de voir cette stomatite impétigineuse assez violente pour produire un adéno-phlegmon du cou, et par l'intermédiaire de cette inflammation lymphatique retentir sur l'économie tout entière et produire une infection générale caractérisée par la fièvre, l'albuminurie et de l'infection intestinale.

Je crois que l'on doit en tirer cet enseignement qu'il faut examiner avec soin les muqueuses labiales et buccale des enfants atteints d'impétigo de la face et faire faire à la première menace de propagation, peut-être même préventivement, des lavages antiseptiques; qu'il faut traiter le plus tôt possible et le plus complètement possible l'impétigo de la face surtout quand il siège autour de l'orifice buccal et des narines, siège si fréquent chez les enfants, chez lesquels il se trouve souvent entretenu et propagé par les doigts fourrés dans les narines, et la langue chez quelques-uns continuellement tirée hors de la bouche et promenée sur les lèvres.

Le dernier point intéressant de l'observation qu'il me reste à signaler est l'étiologie. Je recherchai comment cet enfant parfaitement tenu, très surveillé, ne jouant jamais avec d'autres enfants, avait pu gagner son impétigo: j'en trouvai l'origine sur sa bonne anglaise qui avait eu peu de temps avant du coryza avec écoulement purulent et des « boutons » aux narines et qui avait encore, quand je la vis, sur le bord cutané de la cloison et la partie sous-narinaire de la lèvre supérieure, des macules rosées traces d'ulcérations récentes. C'est là un nouvel exemple à joindre aux faits si connus maintenant de transmission familiale de l'impétigo.

#### Étude histologique sur le liquide des vésicules et des bulles.

Par MM. LEREDDE et FERRIN.

#### I

On sait que Ehrlich a décrit, entre autres variétés de leucocytes, une forme caractérisée par un noyau multilobé, et essentiellement par la présence dans le protoplasma de granulations fixant les couleurs d'aniline acides, telle l'éosine. Ces éosinophiles se rencontrent dans le sang, chez l'individu normal, en nombre très faible.

On peut les rencontrer également dans la peau, à titre d'éléments migrants : ils y sont des plus rares, plus encore que dans le sang. Il est bien certain, au reste, que toutes les espèces leucocytaires n'ont pas la même sensibilité, réagissent différemment en présence des causes qui provoquent leur diapédèse, que telles lésions sont constituées par des cellules polynucléaires, telles autres par des lymphocytes, etc. Mais jamais on n'a signalé de lésions cutanées où la diapédèse d'éosinophiles fût le fait dominant.

## II

Aussi avons-nous été frappés de leur nombre dans la peau d'une malade atteinte d'herpes gestationis, de leur accumulation à la périphérie d'amas embryonnaires, périvasculaires, de leur infiltration dans tout le derme à distance des vaisseaux. La planche que nous présentons à la Société rend compte de l'abondance de ces éléments.

Cette observation a été le point de départ de nos recherches. Existait-il, dans la maladie de Dühring, en dehors de la grossesse, des lésions microscopiques comparables ? Dans trois cas que nous avons étudiés, nous avons de nouveau trouvé des éosinophiles en grand nombre, dans le derme, et parfois sous forme de cellules migratrices dans l'épiderme. L'opinion des auteurs qui ont identifié l'herpes gestationis et la maladie de Dühring était ainsi confirmée. Nous avons cru pouvoir attribuer à l'accumulation dans la peau d'éléments si spéciaux une valeur particulière : il s'agit non d'une apparence morphologique, mais d'une réaction microchimique, suffisante pour caractériser l'individualité d'une lésion.

Nous n'insisterons pas sur les détails histologiques : on les trouvera étudiés longuement dans un mémoire des *Annales de dermatologie*. Mais en examinant nos coupes, nous avons remarqué l'existence de cellules éosinophiles dans les vésicules sous et intra-épidermiques ; nous avons été conduits à les rechercher directement, dans le liquide des vésicules et des bulles. L'étude de ce liquide sert de base à notre communication.

## III

*Technique.* — Le liquide retiré des vésicules est étalé en couche aussi mince que possible sur une lame. Dès que cette couche est desséchée, on fixe la préparation, soit sur la platine chauffante, soit par l'acide phénique à trois pour cent. La coloration se fait par l'hématéine et l'aurantia, ou le réactif de Biondi à chaud.

## IV

*Étude du liquide chez des malades atteints de dermatose de*



*Dühring.* — La proportion d'éosinophiles a toujours été considérable : chez un malade du service de M. Tenneson, le liquide contenait sur 100 globules blancs 30 cellules éosinophiles ; chez deux malades du service de M. Fournier, 33 et 34 p. 100 ; chez un malade du service de M. Hallopeau, 69 p. 100 ; enfin, chez la malade atteinte d'herpes gestationis, sur 227 globules blancs retirés d'une vésicule, 214 étaient éosinophiles, soit plus de 95 p. 100.

Ces chiffres peuvent varier suivant les vésicules sur lesquelles porte l'examen ; nous conseillons, pour avoir une moyenne, de retirer dans un cas donné le liquide de plusieurs bulles, et d'examiner le mélange. Dès qu'une vésicule ou une bulle se trouble, le nombre des éosinophiles paraît diminuer, de nombreux éléments polynucléaires envahissent le liquide, et le rapport du nombre des éosinophiles au nombre total des globules blancs s'abaisse à 10 ou 5 p. 100.

## V

*Étude du liquide dans d'autres affections vésiculeuses ou bulleuses de la peau.* — La comparaison du contenu des bulles dans la maladie de Dühring et d'autres affections cutanées s'imposait. Jamais nous n'avons trouvé d'éosinophiles en abondance ; il semble même qu'ils soient moins nombreux dans les liquides bulleux que dans le sang. Ainsi, dans un cas d'eczéma, dans une gale à forme vésiculeuse, deux zonas, un érysipèle, un herpès vulgaire, une vésicule produite par brûlure de la peau, nous n'en avons pas vu, en comptant cent, deux cents, trois cents globules blancs. Chez un malade atteint d'érythème bulleux avec purpura, nous avons trouvé un éosinophile sur près de deux cents leucocytes. La maladie de Dühring représente donc une exception, un type spécial.

La distinction, purement clinique jusqu'à ce jour, qui l'a isolée parmi les pemphigus, se justifie-t-elle microscopiquement ? Il nous faudrait un assez grand nombre de faits pour pouvoir conclure ; nous ne pouvons, vu la pénurie de malades, jusqu'ici en signaler qu'un seul : chez une malade de M. Hallopeau, classée sous l'étiquette pemphigus, nous n'avons trouvé aucun éosinophile dans le liquide d'une bulle de la main, parmi plusieurs centaines de globules blancs.

## VI

Mais on peut aller plus loin. Peut-on pénétrer plus avant dans l'essence de la maladie, déterminer la provenance des cellules qu'éliminent les vésicules et les bulles de la peau ? N'y a-t-il pas là un élément plus important de distinction entre la maladie de Dühring et les pemphigus ?

Déjà, chez notre malade atteinte d'herpes gestationis, nous avons

constaté l'abondance d'éosinophiles en circulation. Chez nos autres malades, leur nombre a été déterminé d'une manière précise. Il suffit pour cela de compter les éosinophiles qu'on observe sur une préparation et les autres globules blancs. Or, chez une malade de la salle Henri-IV, nous avons évalué leur nombre à 2 p. 100; chez une malade de la salle Gibert, à 13,5 p. 100; chez un malade de la salle Saint-Louis, à 18 p. 100; enfin, chez le malade de M. Hallopeau, nous avons relevé le chiffre énorme de 22 p. 100 (1).

Par contre, chez une malade du service de M. Besnier, atteinte de pemphigus, sans bulle en activité en ce moment, le rapport tombait à 4 p. 100, et chez la malade de M. Hallopeau, dont les vésicules ne contenaient aucun éosinophile, nous n'avons trouvé dans le sang qu'un éosinophile sur 390 leucocytes.

## VII

L'altération du sang apparaît ainsi comme l'élément capital de la maladie de Dühring. Elle est en rapport avec la production exagérée, peut-être la non-élimination d'une substance formée normalement par l'organisme, puisque normalement il y a des éosinophiles dans le sang. Il semble que chez les malades il y ait d'une manière constante un trouble de la nutrition ou un trouble fonctionnel du rein. M. Tenneson a signalé l'hypoazoturie, M. Bar l'hypotoxicité urinaire. L'un de nous a retrouvé cette hypotoxicité d'une manière constante. L'oligurie est commune. La fréquence de la maladie pendant la grossesse s'explique assez bien par une altération superficielle du rein, n'excrétant plus certaines substances, sans qu'on puisse parler de maladie rénale. Du reste, plusieurs observateurs ont vu de l'albuminurie, et dans deux autopsies, M. Gastou vient de constater une néphrite.

## VIII

La substance éosinophile existe peut-être en dissolution dans le liquide, très alcalin, des vésicules, comme à l'état granuleux dans les leucocytes; nous avons remarqué que le liquide desséché sur les lames retenait avec intensité les matières colorantes d'anilines acides. Quelle est cette substance? Il y aurait le plus grand intérêt à la déterminer; c'est là une étude qui n'est pas de notre compétence, et qui, nous l'espérons, sera reprise par M. Cathelineau.

(1) Depuis, nous avons encore étudié une malade du service de M. Fournier, atteinte d'une maladie de Dühring ayant commencé pendant une grossesse, et nous avons trouvé dans le sang 11 éosinophiles sur 100 globules blancs. Dans les vésicules, la proportion était de 39 p. 100.

Mais nous devons signaler ici la toxicité du liquide des vésicules, due peut-être à ce corps. Nous avons réussi à tuer deux souris en injectant simplement sous la peau un cinquième et deux cinquièmes de centimètre cube de liquide. Le corps éosinophile existe-t-il en dissolution dans le sérum sanguin, ce dernier est-il plus toxique qu'à l'état normal, ce sont des points qui nous restent à étudier.

## IX

De ce qui précède, nous nous croyons en droit de tirer quelques conclusions :

L'herpes gestationis est une simple variété de la dermatose de Dühring.

Celle-ci est une maladie distincte au point de vue anatomique comme au point de vue clinique des autres dermatoses bulleuses, en particulier des pemphigus.

La recherche des éosinophiles dans les bulles, le calcul de leur rapport dans le sang au nombre des autres leucocytes, ont une valeur dans le diagnostic de la maladie.

La dermatose de Dühring comporte une altération sanguine et un trouble fonctionnel du rein. La valeur relative de ces deux éléments reste à déterminer. Le rein paraît ne plus excréter entre autres corps toxiques et non toxiques, un corps que fixent les globules blancs et que la peau élimine par suppléance. Ce corps paraît toxique, et causerait par sa présence dans l'organisme les troubles nerveux symptomatiques de la maladie, le prurit sans doute par la formation de dépôts cutanés.

### Injections mercurielles intra-veineuses.

Par M. ABADIE.

Je vais pratiquer une série d'injections mercurielles intra-veineuses, devant les membres de la Société. On verra comme cette pratique est aisée. Voici la technique : Je me sers d'une seringue tout en verre de chez Luer. Le piston lui-même étant en verre, on n'a pas à craindre que quelque effilochure se détache du tampon et soit projetée dans la veine. D'autre part, la stérilisation se fait aisément.

Le liquide employé est le cyanure d'hydrargyre à 1 p. 100, ainsi formulé :

Cyanure d'hydrargyre.....	1 gr.
Eau distillée.....	100 »

On injecte une seringue entière à chaque séance, soit 0,01 de

cyanure de mercure. Je fais l'injection tous les deux jours pendant vingt jours, je cesse pendant quinze jours et je reprends la série des injections, et ainsi de suite tant qu'il est besoin.

Avant d'injecter, je fais saillir les veines du bras, en pratiquant une ligature à la partie moyenne du bras. Je choisis la veine.

L'antisepsie, bien entendu, doit être absolue et je pousse l'aiguille fine doucement et obliquement vers le centre de la veine; quand j'arrive dans la cavité, j'en ai la parfaite sensation et je pousse l'injection lentement après avoir retiré la ligature du bras. Le malade n'éprouve pas la moindre sensation, pas un instant de malaise, on lui met un petit pansement antiseptique collodionné, puis il va à son travail.

(M. Abadie fait l'expérience sur trois de ces malades.)

M. EHLERS. — Je suis très frappé de l'absence de toute douleur. C'est un immense avantage. Je me suis pratiqué à moi-même diverses injections pour me rendre compte de leur action. Or, j'affirme qu'il suffit d'avoir subi une fois une injection de sels insolubles, le calomel par exemple, pour être dégoûté à tout jamais de s'en servir pour ses malades. La douleur est atroce. Celle produite par les injections solubles est un peu plus supportable; je ne puis même la comparer qu'à la tape qu'on ressent à la fesse en tombant sur de la glace.

Je suis convaincu de la difficulté que l'on aurait à conserver une clientèle si l'on pratiquait systématiquement ces injections à tous ses malades.

M. BARTHÉLEMY. — Je ne puis souscrire au jugement qui vient d'être porté par notre collègue M. Ehlers sur les injections insolubles, trop douloureuses, dit-il, pour que la clientèle reste fidèle au médecin qui les pratiquerait. Il me semble d'abord que les questions scientifiques ne doivent pas être jugées à cet étroit point de vue, que le médecin doit traiter les autres comme il désirerait être traité et qu'il n'a qu'à s'occuper des moyens les plus appropriés aux cas qu'il a à guérir. Cela posé, je dois dire que les injections d'huile végétale stérilisée contenant cinq centigrammes de calomel à la vapeur par gramme m'ont toujours paru peu douloureuses et qu'elles sont très bien tolérées si elles sont faites dans les points d'élection. Je n'ai pas donné, bien entendu, le conseil de le faire, mais j'ai vu des sujets qui, immédiatement après l'injection, montaient à bicyclette; un officier est parti le lendemain pour faire et a fait à cheval les grandes manœuvres. Il importe avant tout de toujours bien proportionner les moyens thérapeutiques aux effets à obtenir et aux lésions à combattre.

J'apprécie hautement la communication de M. Abadie et je ne saurais trop remercier cet auteur d'avoir bien voulu pratiquer devant nous les injections mercurielles intra-veineuses; pour ma part, je n'avais pas encore osé les faire par crainte d'embolie ou de phlébite, et pourtant elles paraissent pouvoir être utiles dans des cas que ne guérissent pas les autres procédés plus pratiques et plus familiers, pilules, frictions, ou même injections sous-cutanées ou intra-musculaires. Ce moyen est plus puissant, dit-on, mais est-ce bien une raison pour l'appliquer à tous les cas? Et d'ailleurs,

n'est-ce pas dans quelques années seulement qu'on pourra savoir si les syphilis, ainsi traitées, ne sont jamais suivies des conséquences graves et parfois irrémédiables que M. Abadie, comme tous les autres syphiligraphes, déplore si vivement de voir se produire, surtout dans les syphilis insuffisamment ou trop tardivement traitées.

M. JULLIEN. — Je trouve les injections d'huile grise très pratiques, car elles sont peu douloureuses et très efficaces. Les malades une fois piqués peuvent aller de suite à leurs occupations sans être en rien gênés.

M. BALZER. — Quelles que soient les difficultés du traitement énergique, il faut le tenter le plus souvent qu'on le peut, et dès le début de la syphilis.

M. BESNIER. — Cela est exact ; il est certain, d'autre part, que le médecin, en raison de la facilité avec laquelle les lésions secondaires disparaissent, en raison aussi de la répugnance des malades à subir les injections, est entraîné à traiter mollement la syphilis au début ; c'est là une pratique à réformer ; tous les syphiligraphes sont d'accord pour le déclarer. Il faut se rendre compte, d'autre part, que le médecin n'est pas toujours libre et que le traitement trop sévère est souvent refusé par le malade.

M. FEULARD. — Il ne faudrait pas mettre toute la gravité de la syphilis tertiaire sur le compte de la faiblesse du traitement initial. On voit, en effet, souvent des malades énergiquement traités au début avoir dans la suite, et même quelquefois d'assez bonne heure, des accidents graves.

On en voit d'autres, nullement traités, chez lesquels la syphilis semble s'éteindre d'elle-même et qui n'ont plus rien dans l'avenir. Et il s'agit de personnes que l'on a pu suivre longtemps dans la vie, ou mieux de malades déjà âgés venus consulter pour une affection quelconque non spécifique et chez lesquels l'interrogatoire révèle l'existence d'une syphilis antérieure déjà très ancienne.

Il y a encore de grandes inconnues, dans l'évolution de la syphilis traitée et non traitée : je crois qu'il faut tenir compte aussi de la prédisposition individuelle des sujets et de leur hérédité notamment en ce qui concerne les manifestations tardives sur le système nerveux, manifestations qui d'ailleurs ne sont pas le plus souvent accessibles au traitement. Je crois que tous les médecins français qui s'occupent un peu de syphiligraphie sont persuadés de la nécessité de faire au début de la syphilis un traitement longtemps prolongé, quel que soit le mode de traitement qu'on emploie et que la négligence ou l'insuffisance de traitement dont se plaignait M. Abadie ne peuvent être imputables qu'à certains praticiens, de plus en plus rares, encore peu pénétrés de la gravité de la syphilis ; or les médecins qui ne font pas seulement de la spécialité et qui cependant soignent dans leur clientèle beaucoup de syphilitiques, ne feront pas vraisemblablement le traitement par les injections ; ceux-là se serviront toujours de préférence du traitement interne ; il suffit de leur montrer qu'il doit être suffisamment prolongé.

---

**Kératose pilaire et syphilis.**

Par PAUL GASTOU.

Dans la séance du 10 mai 1894, je présentai devant la Société de dermatologie et de syphiligraphie une malade âgée de 36 ans.

Cette malade se recommandait à l'attention :

1° Par l'existence d'une syphilis maligne précoce, se traduisant à la face par une infiltration tuberculeuse en nappe et une iritis double ;

2° Par l'aspect pityriasiforme des syphilides polymorphes, localisées aux membres supérieurs, au tronc et à l'abdomen ;

3° Par la coexistence au dos, à la face externe des membres supérieurs, d'une affection simulant la kératose pilaire ;

4° Par une alopecie à forme pseudo-peladique avec présence sur le cuir chevelu d'éléments papuleux analogues à ceux du dos et des membres ;

5° Par des troubles de nutrition générale : amaigrissement rapide, leucocytose, plaques d'anesthésie symétrique.

Au sujet de cette présentation, M. le D<sup>r</sup> Brocq se demandait, à cause des localisations des éléments kératosiques différentes de celles de la kératose pilaire vraie, s'il ne s'agissait pas d'une kératose pilaire de nature particulière, et probablement d'une manifestation syphilitique. Il pensait qu'un examen histologique serait nécessaire.

Cet examen histologique a été fait, non seulement chez cette malade, mais encore chez une jeune femme syphilitique âgée de 19 ans, et dont voici l'observation résumée :

Blanche P..., 19 ans, couronnière, contracte un chancre induré en février 1895. Vers la fin de mars, roséole, plaques muqueuses vulvaires pour lesquelles elle vient dans le service.

En dehors de ces accidents, on constate sur les parties externes et internes du bras, la face postérieure étant indemne, sur la face externe des avant-bras, sur les cuisses, la présence de papules circumpilaires dont quelques-unes sont entourées d'un bourrelet rosé et ont un centre kératosique. L'éruption est surtout manifeste sur les avant-bras ; et rappelle dans tous les points où elle existe l'aspect de la kératose pilaire. Les genoux sont ichtyosiques.

La malade raconte qu'elle a toujours eu sur les bras la même éruption, mais qu'il n'y a que quelques jours que les avant-bras présentent l'aspect qu'ils ont actuellement.

L'examen du système nerveux dénote chez cette malade des plaques d'anesthésie et d'hyperesthésie ; du reste, elle raconte avoir eu antérieurement des attaques d'hystérie. Toute jeune elle a été soignée à Bicêtre ; elle était, dit-elle, comme idiote. Rien de viscéral.

Cette malade fut soumise à la médication mercurielle ; rapidement les



papules des avant-bras s'affaîsèrent, mais une gingivite intense obligea à suspendre le traitement.

Actuellement, les éléments papuleux persistent et ces jours-ci des syphilides érythémateuses en placards sont venues s'y ajouter.

Voici donc deux malades chez lesquelles existaient des lésions simulant la kératose pilaire. Toutes deux les avaient présentes avant de contracter la syphilis ; chez l'une et l'autre, au moment de l'éruption secondaire, la kératose s'était accentuée.

Or, chez la première, en quelques semaines de traitement mercuriel et ioduré, la kératose pilaire avait presque complètement disparu et les cheveux repoussé.

La seconde malade semblait également bénéficier du traitement et sa kératose s'atténuer lorsqu'on fut obligé de suspendre le traitement.

L'analogie chez l'une et l'autre se poursuit dans l'aspect histologique des lésions.

On retrouve sur les coupes les lésions décrites dans la kératose pilaire des membres par Lemoine, avec cette différence qu'il n'existe pas d'atrophie de la couche papillaire.

Ces lésions sont : 1° L'épaississement en masse du derme et de tous ses éléments : faisceaux conjonctifs, fibres élastiques, fibres lisses, qui sont surtout nettes chez la première malade ;

2° L'infiltration de la couche papillaire par une véritable nappe de cellules embryonnaires ;

3° L'épaississement des gaines épidermiques des poils et l'infiltration embryonnaire du follicule et surtout de sa périphérie du collet au bulbe ;

4° L'infiltration embryonnaire des glandes sébacées et sudoripares.

Les glandes sébacées ont en partie disparu ; il en est de même des glandes sudoripares. Ces éléments glandulaires sont étouffés par la prolifération embryonnaire qui se diffuse dans la couche adipeuse qui entoure les glandes sudoripares.

La couche cornée est épaissie, la zone granuleuse peu nette, les vaisseaux sanguins, et en particulier ceux des papilles, sont dilatés.

En résumé, ce qu'il y a de saillant, c'est : 1° l'altération des éléments glandulaires infiltrés de cellules, c'est-à-dire folliculites et périfolliculites sébacées et pilaires ; 2° l'infiltration en nappe et la tuméfaction de la région papillaire ; 3° la kératinisation de la couche cornée.

L'ensemble de ces lésions se rapproche donc de celles que l'on rencontre dans l'acné pilaire et dans le pityriasis rubra pilaire.

Cette variété de kératose n'est que l'accentuation provoquée par la syphilis d'un état congénital de la peau. Elle rentre comme éruption syphilitique dans la classe des syphilides lichénoïdes et acnéiformes.

C'est une véritable folliculite à la fois pilo-sébacée et sudoripare provoquée par la syphilis.

M. BALZER. — J'ai vu des éruptions analogues à Lourcine, elles ne sont pas rares chez les femmes.

M. BARTHÉLEMY. — La dénomination de syphilides acnéiformes n'est pas justifiée. Ce sont en réalité des syphilides granuleuses.

M. RENAULT. — Ces lésions de la peau ressemblent à la kératose pileuse mais n'en sont pas; ce sont des syphilides lichenoïdes.

M. GASTOU. — Cette affection se rencontre presque uniquement chez la femme, comme le dit M. Balzer. Il ne s'agit pas d'une syphilide acnéique mais acnéiforme, et la variété de ces syphilides est nombreuse. Le point intéressant à signaler est la coïncidence de cette syphilide et de la kératose, cette dernière existant chez ces malades bien avant le début de la syphilis.

#### **Myxœdème. Traitement par l'injection du corps thyroïde frais.**

Par M. F. BALZER.

Ernest B..., âgé de 35 ans, garçon marchand de vins, entre le 17 octobre 1894, au n° 38, de la salle 8. Il a contracté la syphilis en janvier 1894; il entre actuellement à l'hôpital pour une iritis de l'œil gauche et pour des végétations volumineuses de la région anale. L'iritis guérit assez facilement dans les premiers temps de son séjour à l'hôpital; malgré une stomatite mercurielle dont il était atteint à son entrée, on put faire le traitement. Les végétations furent enlevées en plusieurs séances par la curette.

Mais le malade appelle surtout l'attention par son myxœdème qui se présentait avec des caractères typiques, bouffissure générale du tégument avec sialisme et pâleur, accentuée surtout à la face et aux extrémités. Son faciès est celui que présentent habituellement les myxœdémateux, avec bouffissure des paupières, gonflement de la langue. Très-peu de barbe, très-peu de poils sur le corps; chevelure normale.

On ne sent pas le corps thyroïde à la palpation du cou. Les organes génitaux sont bien développés. La voix est un peu rauque, étouffée.

Sa taille est peu élevée, 1<sup>m</sup>,30, bien que son père et sa mère, ses deux frères et sa sœur soient bien développés. D'après ce qu'il raconte, le myxœdème s'est manifesté dès l'enfance; il a cessé de grandir à l'âge de 10 à 11 ans. Il est allé à l'école et a obtenu le brevet élémentaire à l'âge de 15 ans: il a travaillé d'abord à la culture avec ses parents et, chose extraordinaire, vu sa taille et sa faiblesse, a été garde-champêtre de l'âge de 25 ans à l'âge de 30 ans. Il a été ensuite représentant de commerce, et il est actuellement garçon marchand de vins. Il est intelligent, et répond avec mémoire et bon sens à tout ce qu'on lui demande.

Ses urines examinées plusieurs fois pendant son séjour étaient légèrement albumineuses.

Le traitement par l'ingestion des lobes de la glande thyroïde a été commencé le 16 janvier. Le poids du malade était à ce moment de 42 kilogr. 500. Pendant les premières semaines, le malade a pris régulièrement chaque semaine deux lobes de corps thyroïde frais qu'il mangeait à son principal repas avec un peu de sel. On n'a noté aucune réaction, aucun phénomène particulier, sauf pendant trois jours où la température s'est élevée à 38°. Le 23 janvier, le malade pèse 42 kilogr. 300; le 2 février, il ne pèse plus que 39 kilogr. 500. La diminution est donc de près de 3 kilogr. La bouffissure générale a disparu, la figure s'est amincie; le regard paraît plus vif; le malade se sent plus à l'aise dans les mouvements et il se trouve également plus gai, et avec l'intelligence plus prompte et plus libre.

Le 19 février, il pèse 38 kilogr. 500; le 8 mars, il ne pèse plus que 38 kilogr.

Nous ne jugeons pas utile de pousser plus loin le traitement dont les effets sont désormais suffisants, et qui pourrait avoir des inconvénients vu la petite taille du malade. A partir du 1<sup>er</sup> mars, il ne prend plus qu'un lobe par semaine comme ration d'entretien: son poids remonte progressivement d'abord à 39 kilogr. le 20 mars, puis à 39 kilogr. 500, le 10 avril. Au moment de sa sortie, le 16 avril, on lui conseille de continuer à prendre un lobe de corps thyroïde par semaine pendant quelques mois de l'année. Examinée avant sa sortie, l'urine ne contient plus d'albumine.

Cette observation démontre une fois de plus les bons effets de l'ingestion du corps thyroïde frais dans le traitement du myxœdème. En présence d'un sujet faible, très petit, nous avons dû conduire le traitement avec beaucoup de prudence. Les effets ont été pourtant rapides, très accentués, sans que nous ayons eu à constater les phénomènes pénibles qui se produisent quelquefois au cours de ce traitement. Nous ne croyons pas cependant à un résultat durable, le malade devra continuer le traitement, mais il s'en est tellement bien trouvé qu'il est bien décidé à prendre ses dispositions pour le suivre dans les conditions que nous lui avons indiquées.

M. HALLOPEAU. — Je n'ai pas obtenu de bons résultats de l'emploi de la substance thyroïdienne dans le psoriasis.

M. DUBREUILH. — J'ai fait les mêmes expériences sans plus de succès.

M. WICKHAM. — Dans le service de M. Fournier, le traitement par l'ingestion de glande thyroïde, dans un cas de dermatite exfoliatrice a été le point de départ de l'affaiblissement du malade.

**Lupus érythémateux anormal, folliclé, ou type morbide nouveau ?**

Par H. HALLOPEAU et LE DAMANY.

La malade que nous avons l'honneur de présenter est atteinte d'une dermatose rare dont le diagnostic présente de grandes difficultés ; son observation peut être résumée ainsi qu'il suit :

Maria G..., âgée de 22 ans, domestique, entre pour la première fois dans la salle Lugol, le 19 novembre 1894. Depuis un an, elle a, dans la région carotidienne droite, de volumineux ganglions pour lesquels elle a pris de la liqueur de Fowler.

Au commencement du mois d'octobre dernier apparaissent sur les mains de nombreux boutons qui persistent.

Lors de notre premier examen, nous constatons aux doigts, sur les faces antérieures et postérieures ; aux mains, le long du bord cubital ; aux avant-bras, à la partie inférieure du bord interne ; enfin à la face postérieure des coudes, une éruption formée de papules rougeâtres, de papulo-pustules et de petites cicatrices. Ces lésions sont bilatérales et d'une symétrie presque parfaite.

La main gauche présente, sur la face postérieure des deuxième et troisième phalanges des trois derniers doigts, des éléments constitués par des papules de coloration violacée, aussi nettes au toucher qu'à la vue. Quelques-unes ont, au centre, une petite dépression cicatricielle, ou une croûtelette petite, grisâtre ; il en est qui sont entourées d'une fine collerette épidermique. Sur la face postérieure de l'articulation phalango-phalangienne du médius, deux ou trois de ces papules ont, au centre, au-dessous d'une croûtelette, une gouttelette de pus jaunâtre et crémeux.

Sur la face postérieure des premières phalanges, les éléments éruptifs existent, mais ils sont rares et petits ; le long des bords, interne du pouce, externe de l'index, interne du petit doigt, elles sont, au contraire, nombreuses. Au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, les papules sont peu nombreuses ; mais leurs dimensions, sont plus considérables qu'ailleurs ; leur diamètre atteint 3 à 4 millimètres.

Le long du bord cubital de la main gauche et de l'avant-bras gauche, les éléments sont groupés de façon à former des placards qui, à un examen superficiel, ressemblent à de l'eczéma.

Au voisinage du coude gauche, ces papules sont plus aplaties, plus larges (5 à 8 millim.) ; leur coloration est rougeâtre, leur centre porte une petite croûtelette, leur périphérie est squameuse.

Sur la face antérieure des doigts on voit quelques débris de pustulettes ; mais surtout des cicatrices violacées, déprimées, de 2 à 6 millimètres de diamètre, entourées d'une zone érythémateuse. Ces cicatrices existent aussi sur les faces dorsales des doigts ; mais peu nombreuses.

La paume de la main gauche est presque indemne ; nous y voyons seulement une ou deux petites cicatrices.

Les lésions de la main droite reproduisent celles de l'autre main ; nous

y remarquons surtout, sur la face postérieure des doigts, des cicatrices plus étendues que celles décrites à gauche.

La face postérieure des avant-bras et surtout des bras montre seulement de la kératose pilaire blanche.

En examinant la tête, nous y trouvons des traces de lésions anciennes, caractérisées aujourd'hui par de petites cicatrices déprimées ou non qui siègent principalement sur le nez, les parties supérieures et internes des joues, la région de la nuque, les oreilles et les régions mastoldiennes. Les oreilles, un peu violacées et froides, comme les mains, portent, en outre, sur le pavillon, des éléments papulo-croûteux.

Sur la partie supérieure de la face antérieure des cuisses, nous trouvons, à droite, une croûte brunâtre entourée d'une aréole violacée, à gauche une cicatrice pigmentée.

Au devant du genou gauche, vers l'extrémité inférieure de la rotule, une croûte humide, brunâtre, recouvre une ulcération superficielle, entourée d'une zone inflammatoire. A droite il y a, dans le point correspondant, une lésion analogue. Leur développement n'est pas, au dire de la malade, le résultat d'un traumatisme.

Ces différentes lésions ne sont pas douloureuses spontanément ; le soir elles produisent seulement un peu de prurit.

En arrière de l'angle du maxillaire inférieur, à droite, il y a un ganglion très volumineux, induré, douloureux à la pression. Du même côté, le long du bord antérieur du trapèze, une chaîne de ganglions moins volumineux, mais nettement engorgés.

L'état général de la malade est assez bon ; les différents viscères, les poumons en particulier, ne présentent rien d'anormal. Au point de vue de la syphilis, l'interrogation et l'examen n'ont donné que des renseignements négatifs : pour plus de sûreté la malade est pourtant soumise au traitement par l'iodure de potassium.

6 décembre. Depuis l'entrée de la malade un grand nombre des éléments qui existaient lorsque nous l'avons examinée pour la première fois ont disparu. Les uns ont laissé des cicatrices déprimées ; d'autres de simples macules violettes. D'autres, au moins en nombre égal, se sont développés successivement ; les uns sont purement papuleux ; d'autres ont présenté à leur centre une petite vésicule dont la dessiccation a produit une croûte, ou qui s'est rapidement transformée en une pustule profonde laquelle, en guérissant, a laissé une cicatrice indélébile.

Hier, dans la soirée, apparaît, au-dessous et un peu en dehors de l'angle externe de l'œil gauche une petite plaque érythémateuse, un peu douloureuse. Aujourd'hui elle est soulevée par un gonflement qui occupe toute la paupière inférieure. La partie centrale de cette rougeur présente plusieurs petites vésicules très voisines les unes des autres.

Le 10. Ces vésicules se sont ouvertes les unes dans les autres et aujourd'hui leur ensemble forme un soulèvement épidermique, d'apparence bulleuse, de forme aplatie, irrégulièrement circulaire, large de 12 millim. La partie inférieure est déjà transformée en une croûte jaunâtre, épaisse, irrégulière. Autour de cette bulle se dessine une aréole rouge, d'une largeur de 5 millim. L'œdème de la paupière inférieure persiste ; il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire notable.

Le 15. La bulle est remplacée par une croûte qui recouvre une ulcération superficielle, en voie de cicatrisation. La zone érythémateuse périphérique desquame légèrement.

L'état des mains et des avant-bras s'est peu modifié. Certains éléments ont encore disparu; mais de nouveaux, en nombre à peu près égal, se sont développés.

La malade sort le 26 décembre.

Le 14 janvier elle rentre : elle ne peut plus travailler parce qu'elle éprouve des douleurs violentes dans la main gauche. En l'examinant de nouveau, nous constatons un panaris de la gaine des tendons fléchisseurs de l'index, dont le début remonte à quinze jours et qui a été traité jusqu'à ce jour par des pansements phéniqués humides.

Sur la troisième phalange de cet index, près du sillon qui sépare sa face antérieure de celle de la deuxième, une petite croûte grisâtre, large de 3 millim. au plus, recouvre une très petite ulcération profonde qui paraît traverser toute l'épaisseur du derme. Cette lésion, de même nature que les papulo-pustules décrites sur les faces dorsales des doigts, a servi de porte d'entrée aux microbes (streptocoques) qui ont envahi la gaine des tendons fléchisseurs. D'un coup de bistouri cette gaine est immédiatement ouverte sur toute son étendue, lavée à l'eau phéniquée et pansée à l'iodoforme.

Le 27 février. Après exfoliation du tendon du fléchisseur profond de l'index, le panaris a guéri assez rapidement. Depuis huit jours, la cicatrisation est complète, mais les mouvements du doigt sont à peu près complètement perdus.

Au moment où nous avons cessé les pansements, la main gauche ne présentait plus trace d'éléments éruptifs; on ne voyait plus que les cicatrices signalées plus haut. Quelques jours après la cessation de ces pansements, toute la face dorsale de la main et des doigts et une grande partie de la face postérieure de l'avant-bras se sont recouvertes d'une éruption composée de toutes petites papules qui présentent les caractères suivants :

Les plus petites sont à peine visibles à l'œil nu, les plus grosses ont 2 à 3 millim. de diamètre; les premières ont la même coloration que les téguments voisins, les autres sont rouge jaunâtre. La plupart sont isolés; il y a pourtant quelques petits placards formés de deux à six ou sept éléments.

Un grand nombre de ces papules sont centrées par un poil qui s'implante au fond d'une petite dépression conique, et dont la base est entourée d'une fine collerette épidermique blanche.

Les éléments non centrés par des poils sont régulièrement convexes ou bien aplatis à leur sommet; quelques-uns sont acuminés; presque tous ont, au centre, une coloration blanchâtre.

Cette éruption ne cause à la malade ni douleur, ni démangeaison.

Elle occupe, au membre supérieur gauche, la face dorsale des doigts sur toute leur étendue; sur les faces latérales les papules sont moins nombreuses; sur la face dorsale, elles sont en grand nombre; de même sur les deux tiers inférieurs de la face dorsale de l'avant-bras. Sur la face anté-



rieure, on trouve seulement deux ou trois papules près du bord interne de la main.

Sur le coude, du même côté, on voit un groupe de placards isolés ou confluent caractérisés par une rougeur assez vive, un certain épaississement du derme et de petites croûtelles ou des squames assez épaisses, blanches, petites qui, par le grattage, prennent une coloration nacréée. Il y a, en outre, des cicatrices petites, déprimées, légèrement pigmentées.

Sur la main droite, les lésions présentent aujourd'hui le même aspect que lors de notre premier examen; leur disposition s'est peu modifiée; seuls, leur nombre et leurs dimensions se sont un peu accrus.

Au coude droit, les lésions ont les mêmes caractères qu'au coude gauche.

Le 10 avril. Sur l'avant-bras gauche, l'éruption semble en voie de régression : les papules sont moins volumineuses; elles ont une coloration beaucoup plus pâle, presque blanche. Dans les autres régions, elles persistent avec les mêmes caractères.

*Inoculation.* — Un petit groupe de papules, situé sur la face dorsale de l'avant-bras gauche, a été excisé pour servir aux inoculations et à l'examen anatomo-pathologique.

Une partie de ce fragment de peau a été inoculée, après trituration dans une petite quantité d'eau stérilisée, sous la peau d'un cobaye. Aujourd'hui, quinze jours après l'inoculation, il ne s'est produit aucune réaction locale ni générale, le résultat est jusqu'ici négatif.

*Examen bactériologique.* — Le pus des pustulettes développées au centre de certaines papules, dans la profondeur du derme, ensemençé sur gélose, puis sur gélatine, nous a donné de nombreuses colonies de cocci, à développement rapide, appartenant à deux espèces différentes : les uns liquéfiaient la gélatine (staphylocoques); les autres ne la liquéfiaient pas (staphylocoques non liquéfiant ou microcoques banals de la peau).

Nous avons dit que le pus du panaris de l'index contenait du streptocoque en culture pure. Cette infection, développée quelques jours après la sortie de la malade, paraît devoir être rattachée à une infection par un érysipèle qui existait à ce moment dans la même salle.

#### *Examen histologique, par J. DARIER.*

La pièce que j'ai examinée est un petit lambeau de peau, excisé par l'interne du service sur l'avant-bras de la malade, et comprenant une petite plaque formée de deux ou trois papules semblables à celles qui existent encore sur les mains. Il s'agissait donc d'élevures planes, à surface squameuse, sans tendance à la suppuration — ces éléments dataient de quelques semaines au plus.

Après fixation par le sublimé, la pièce ayant été incluse dans la paraffine, les coupes en série ont été colorées soit par le picrocarminate, soit par l'hématoxyline et l'éosine, soit par l'orcéine de Tànzu et le bleu de méthylène.

A l'aide d'un faible grossissement, déjà on constate sur les coupes qui passent par le centre des éléments qu'il existe des lésions tant de l'épiderme que du derme.

A. — *Épiderme.* — La couche cornée est épaissie au niveau de la lésion,

et présente des traces de clivage ; elle descend un peu par envahissement du corps muqueux dans les espaces interpapillaires et surtout envoie dans les orifices folliculaires des prolongements en forme de cônes. Le stratum granulosum est diminué d'épaisseur et a même disparu au centre de la lésion. Le corps muqueux dans cette même région est manifestement moins épais que dans la zone saine, composé de trois ou quatre rangées dans certains espaces interpapillaires ; au niveau de la rangée la plus profonde, il y a des traces d'œdème intercellulaire. Je n'ai trouvé dans cette couche que peu de cellules migratrices et n'ai pas constaté de dégénérescence vésiculeuse, colloïde ou autre des cellules épithéliales.

*Derme.* — La lésion principale consiste en une infiltration diffuse de cellules jeunes, particulièrement accentuée dans la zone sous-papillaire, et en la présence de trainées de ces mêmes cellules disposées en colonnes compactes qui parcourent en divers sens le derme tout entier. Ces cellules, qu'elles soient isolées ou groupées en trainées, sont : les unes, rondes et vivement colorées, probablement d'origine diapéditique ; les autres, plus nombreuses, sont anguleuses, à noyau prenant plus ou moins vivement les matières colorantes, à protoplasma relativement abondant ; nulle part, ce protoplasma n'est en dégénérescence grasseuse ou colloïde, mais souvent il est très granuleux et il m'a paru s'émietter sur les bords. Ces éléments sont certainement des cellules conjonctives résultant d'une prolifération (cellules plasmatiques). Je n'ai pas trouvé une seule cellule géante, ni de cellule franchement épithélioïde. Les mastzellen ne sont pas plus abondantes que normalement.

Au centre des papules, là où l'épiderme est atrophié, les papilles sont moins hautes et irrégulières ; dans leur intérieur et dans toute la couche dermique superficielle se trouvent disséminées un grand nombre de ces cellules rondes et plasmatiques que je viens de décrire. Les vaisseaux sanguins et capillaires sont, dans cette région, souvent dilatés à un haut degré et gorgés de sang ; quelques lacunes remplies d'une substance granuleuse semblent être des espaces lymphatiques dilatés.

Dans la même région et surtout dans le chorion proprement dit, il y a moins d'infiltration diffuse ; les éléments nouveaux sont groupés, comme je l'ai dit, en amas allongés ou colonnes apparaissant sur la coupe comme des trainées à bords anguleux souvent ramifiées plus ou moins en bois de cerf.

Cette disposition indique déjà que les cordons cellulaires suivent les ramifications des vaisseaux du derme. On y trouve, en effet, avec un grossissement suffisant, la coupe de vaisseaux sanguins dont les parois ne sont pas sensiblement altérées d'ailleurs, parfois elles-mêmes infiltrées de cellules. Il n'y a pas d'autre dégénérescence dans les amas importants de cellules que dans celles qui vont isolément, et notamment on ne trouve pas de tendance à la caséification centrale, de zones épithélioïdes et de cellules géantes comme dans les follicules lupiques. Il y a, par places, des traces d'hémorragie, soit dans les cordons cellulaires, soit dans les zones superficielles d'infiltration diffuse.

Le tissu conjonctif du derme, quoique ses faisceaux se colorent moins facilement par l'éosine dans certains points, ne m'a pas semblé altéré

notablement. Le réseau élastique est remarquablement conservé et c'est à peine si, dans les amas cellulaires, il manque quelques travées.

Un intérêt spécial s'attachait à l'examen des glandes sudoripares et des follicules pilo-sébacés. J'ai étudié ces organes avec soin. Les glandes sudoripares tout d'abord, même celles qui sont situées dans le territoire de la papule, n'offrent aucune altération, sinon un peu de dilatation de leur orifice où pénètre un cône corné. Le canal excréteur n'est pas régulièrement accompagné d'un manchon cellulaire ; je n'ai vu aucun glomérule entouré d'un amas de cellules jeunes indiquant qu'il fût le siège d'un travail inflammatoire et surtout qu'il fut le point de départ de la lésion.

Les follicules pilo-sébacés ont leur orifice élargi en entonnoir et comblé par un prolongement corné ; mais au-dessous, il n'y a pas d'altération des gaines du poil ni du poil lui-même ; les poils sont très petits et presque tous à bulbe plein. Les glandes sébacées, très minimes, ne sont ni altérées, ni entourées d'une zone d'infiltration cellulaire. Quelques follicules sont environnés par des traînées cellulaires qui les abordent en suivant leurs vaisseaux ; ici non plus on n'a pas l'impression d'avoir sous les yeux les foyers morbides primitifs.

*En résumé*, les lésions consistent en ceci : 1° infiltration diffuse du corps papillaire par des cellules rondes et des cellules plasmatiques ; 2° présence de cordons et traînées de ces mêmes cellules autour des vaisseaux du derme ; 3° dilatation des vaisseaux sanguins et lymphatiques et petites hémorrhagies ; 4° intégrité absolue des glandes sudoripares et relative des follicules pilo-sébacés ; 5° altération importante de l'épiderme, qu'on pourrait qualifier d'atrophie cornée.

A quelle affection correspondent ces lésions ? Il ne saurait en aucune façon être question d'une variété d'eczéma, de psoriasis, de lichen, de lupus tuberculeux — l'histologie vient à l'appui de la clinique pour repousser tout diagnostic de ce genre. L'hypothèse de syphilides ne nous arrêtera pas, pour les mêmes raisons.

On a émis l'opinion qu'il existe une grande analogie entre quelques-uns des éléments éruptifs que porte la maladie et certaines folliculites disséminées, décrites sous le nom de folliclis, par Barthélemy.

L'anatomie pathologique de la folliclis n'est connue que par un petit nombre d'examen ; il est cependant certain que ce que l'on a voulu spécifier sous ce nom est soit une folliculite pilo-sébacée, soit une hidrosadénite, d'après Dubreuilh.

La description ci-dessus, un simple coup d'œil sur mes préparations ou même sur le croquis ci-joint, permet de reconnaître que l'élément que l'on m'a donné à examiner n'est ni une folliculite, ni une hidrosadénite.

En revanche, il me semble que le diagnostic de lupus érythémateux qui, cliniquement, m'avait paru le plus probable, se trouve confirmé par l'histologie des lésions. Sans doute, l'anatomie pathologique de cette affection a donné lieu à des descriptions divergentes sur plus d'un point, suivant les auteurs, ce qui peut tenir en partie aux régions diverses du corps qu'occupaient les fragments examinés et à l'âge différent des lésions. Mais on est d'accord pour y voir une infiltration diffuse du corps papillaire par des cellules rondes et plasmatiques, se disposant en traînées autour des

vaisseaux du derme ; ces cellules subissaient une dégénérescence colloïde ou graisseuse pour Leloir, granuleuse spéciale pour Unna ; les vaisseaux sanguins et lymphatiques sont dilatés ; les follicules et les glandes peuvent être altérés, mais Unna a montré combien est exagérée, erronée même, l'opinion qui attribue aux glandes sébacées des lésions prépondérantes ; on ne les a trouvées hypertrophiées qu'à la face où leur volume est normalement énorme. Enfin, l'épiderme est atteint d'une dégénérescence atrophique.

Il y a là un ensemble de caractères suffisants, ce me semble, pour conduire à la conclusion que la lésion que j'ai examinée appartient au *lupus érythémateux multiple à petits éléments* (ulérythème centrifuge papuleux de Unna).

On voit que M. Darier se prononce nettement en faveur d'un *lupus érythémateux* ; telle était également la conclusion à laquelle nous étions primitivement arrivés, tout en nous rendant compte des différences cliniques que présente ce fait avec les formes habituelles de ce *lupus*.

Notre collègue, M. Dubreuilh, qui a bien voulu examiner notre malade a été frappé de l'analogie de son éruption avec celle qui a été décrite par M. Brocq sous le nom de folliculite disséminée symétrique des parties glabres à tendance cicatrisante, par M. Barthélemy sous celui de folliclis, par M. Bronson, sous celui de acné varioliforme des extrémités, enfin par MM. Pollitzer et Dubreuilh sous celui d'hydrosadénite.

M. Barthélemy a également émis l'opinion qu'il s'agissait de sa folliclis : il considère particulièrement comme caractéristique les petites cicatrices taillées à l'emporte-pièce et entourées d'une aréole pigmentaire que l'on voit aux coudes de notre malade.

La clinique et l'histologie se trouvent ici en désaccord apparent : s'il s'agit d'un *lupus érythémateux*, il présente des caractères bien exceptionnels, car presque partout les éléments éruptifs sont isolés et nombre d'entre eux ont suppuré ; l'existence d'adénopathies cervicales ne présente au point de vue du diagnostic qu'un intérêt secondaire.

Au contraire, les analogies avec les faits cités de Brocq, Barthélemy, Pollitzer et Dubreuilh sont incontestables tout au moins pour les lésions des coudes. Aussi considérant que les lésions, tout en étant plutôt en faveur du *lupus érythémateux*, ne sont pas pathognomoniques, est-ce au diagnostic de folliclis que, pour notre part, nous aurions tendance à nous rattacher, tout en nous demandant si l'hypothèse d'un type non encore décrit ne serait pas la plus vraisemblable.

Les résultats de l'examen de M. Darier n'en ont pas moins une importance capitale : ils montrent que la localisation de cette dermatose dans les glomérules sudoripares n'est pas justifiée ; si ces glandes peuvent y être altérées, ce n'est pas une règle constante ; on ne peut

admettre davantage une maladie des glandes pilo-sébacées, bien que chez notre malade une partie des éléments soient centrés par un poil; on ne peut donc jusqu'ici déterminer quelle est la partie de la peau qui est primitivement atteinte dans ce type clinique de même que l'on en ignore absolument la cause prochaine.

Nous signalerons comme particularités intéressantes dans l'histoire de notre malade les phénomènes d'asphyxie locale des extrémités qui avaient fait penser primitivement à des lésions à frigore, la production au visage d'une bulle formée par la confluence de plusieurs vésicules, la grande abondance des éléments éruptifs sur l'avant-bras gauche, l'étendue des cicatrices qui atteignent sur les doigts 8 millim. de diamètre, la profondeur des ulcérations qui paraissent intéresser le derme dans toute son épaisseur, la présence d'éléments éruptifs dans les paumes des mains montrant qu'il ne s'agit pas d'une maladie exclusivement localisée dans les glandes pilo-sébacées et enfin le développement secondaire d'un panaris profond; ces phénomènes montrent, que quelque soit le diagnostic auquel on s'arrête, il s'agit d'une forme anormale de dermatose.

M. DUBREUILH. — La malade que vient de nous présenter M. Hallopeau présente aux doigts des lésions typiques de lupus érythémateux. Il est à remarquer que les orifices sudoripares sont particulièrement intéressés, ce qui est assez ordinaire dans le lupus érythémateux des extrémités.

Le dos des mains est couvert de taches miliaires isolées, rondes, squameuses, à peine rougeâtres et presque pas saillantes pour lesquelles je ne saurais poser un diagnostic ferme. En tout cas s'il s'agit de lupus érythémateux il est très anormal.

Quant aux lésions des coudes, elles réalisent le type le plus complet de l'hydrosadénite suppurative disséminée. Les cicatrices sont caractéristiques et, quand j'ai vu la malade, il y a deux jours, dans le service de M. Hallopeau, on trouvait encore une lésion au début sous forme d'un nodule dur, rond, limité, très profond, à peine visible mais facilement appréciable à la palpation. Sur ce dernier point, je partage complètement l'opinion de M. Barthélemy.

Il ne me répugne nullement d'admettre chez cette malade à la fois du lupus érythémateux des extrémités et des hydrosadénites suppuratives des coudes d'autant plus que dans l'une et l'autre la maladie paraît atteindre les glandes sudoripares d'une façon exclusive ou prédominante.

Les préparations microscopiques qui nous sont présentées ne sauraient trancher la question. La pièce a été excisée trop superficiellement et ne contient pas les glandes sudoripares. On y trouve bien quelques glandes aberrantes dans la partie moyenne du derme mais la région des glandes sudoripares proprement dites située à l'union du derme, et de l'hypoderme ne se trouve pas dans la coupe. Enfin les lésions qu'elle nous montre sont si légères, réduites à un peu d'infiltration cellulaire autour des vaisseaux et des quelques glandes sudoripares, qu'on est tenté de croire que le foyer

morbide existait ailleurs que dans le morceau examiné, probablement au-dessous.

M. DARIER. — J'ai eu les glomérules dans le fragment excisé et j'ai eu soin de dire expressément qu'ils sont sains.

M. BARTHÉLEMY. — J'ai examiné le cas si intéressant présenté par M. Hallopeau et j'ai constaté aux coudes des groupes de pustules aplaties, ulcéreuses et croûteuses qui m'ont amené à penser à folliclis. Il y a là, en effet, des cicatrices très significatives, aplaties, déprimées, pigmentées, bien limitées et groupées. Il ne saurait s'agir de l'acné dont les lésions sont beaucoup plus disséminées et qui forment sous la peau des nodosités plus ou moins longtemps sous-cutanées avant de donner lieu à la lésion cutanée. Il ne peut donc être question ici que de la variété dite folliclis; et encore, dans les cas que j'ai vus, l'évolution a été bien plus longue, se comptant par années et non par mois. Je pense donc qu'il s'agit ou de lupus érythémateux au coude comme ailleurs ou que le cas est complexe et que le diagnostic doit être réservé ou multiple; la première opinion me paraissant plus près de la réalité.

M. HALLOPEAU. — Il ne peut y avoir coïncidence de deux maladies, car tous les éléments ont évolué dans les mêmes conditions; il peut s'agir d'une folliclis ou d'un lupus érythémateux; mais non des deux.

#### Sur un cas de vitiligo par compression.

Par MM. H. HALLOPEAU et SALMON.

Des faits de vitiligo par compression ont été signalés, mais ils paraissent très exceptionnels; le malade que nous avons l'honneur de vous présenter en est un exemple des plus démonstratifs.

A. P..., hernie inguinale double datant de l'enfance, vers l'âge de 8 ans. A cette époque, le malade porte un bandage double. Ce bandage était difficilement supporté, dès le début. A mesure que le malade avance en âge, la constriction devient de plus en plus gênante. Au bout de quatre ans, à l'âge de 12 ans, le malade est obligé de ne plus porter son bandage. Les hernies du reste avaient disparu.

Jamais il n'y a eu d'excoriations au niveau des points de pression; cependant, en ces points, le bandage avait occasionné la décoloration des téguments. Cette décoloration s'est montrée dès l'enfance.

Au moment de la puberté, les poils de la région pubienne ont poussé, les uns de coloration normale, les autres blancs, au niveau des plaques de peau dépigmentée.

Actuellement, le malade présente des plaques de peau décolorée en



trois régions qui ont été comprimées par le bandage : l'une, à la partie supérieure des fesses, la seconde, au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure, la dernière, au niveau de l'orifice inguinal externe.

Et comme le bandage herniaire était double, ces plaques sont symétriques.

Chacune de ces plaques, de contour assez régulier, est blanche, comme un tissu de cicatrice ; le grain de la peau est normal. Au pourtour de la plaque, existe une aréole brunâtre, plus pigmentée que les régions voisines. La raie vaso-motrice obtenue en pressant avec l'ongle est normale, et la sensibilité ne présente aucune altération.

Au niveau de l'orifice inguinal externe, et de chaque côté, les téguments et les poils sont absolument blancs. Les poils ont leur volume et leur longueur normaux.

Dès l'âge de 15 ans, le malade a eu quelques cheveux blancs disséminés dans sa chevelure.

Par quel mécanisme la compression a-t-elle produit ce trouble persistant de la nutrition ? On ne peut guère invoquer qu'une action sur les extrémités nerveuses ou sur les cellules du corps muqueux et des follicules pilo-sébacés ; l'absence de tout trouble de l'innervation est en faveur de cette dernière hypothèse ; il faut prendre en considération l'âge auquel a été porté le bandage ; il correspond à une période active du développement des tissus ; mais il faut en outre admettre une prédisposition, car autrement tous les sujets qui portent un bandage dans leur enfance auraient du vitiligo. Elle se manifeste chez notre malade par une canitie précoce des cheveux.

M. JULLIEN. — Il y a certaines régions du revêtement cutané qui sont plus prédisposées au vitiligo ; ainsi aux points où s'exerce la pression du corset on trouve fréquemment des plaques de vitiligo. Outre la pression et l'irritation constante produite, il existe une prédisposition spéciale de la région.

---

#### Contribution à l'étude clinique et anatomique de la verrue vulgaire.

Par W. DUBREUILH.

Sera publié ultérieurement dans les *Annales de Dermatologie*.

---

**Sur le rôle de la syphilis dans l'atrophie ataxique de la papille optique.**

Par M. GALEZOWSKY.

La syphilis est une cause principale de l'atrophie ataxique du nerf optique, son issue, sa guérison dépendent en grande partie du traitement que nous allons administrer.

Je m'adresse à vous, Messieurs, parce que vous êtes appelés, bien avant nous autres ophtalmologistes, à soigner les éruptions syphilitiques, les gommès, et les différentes autres affections secondaires, et tertiaires. Parmi ces dernières, l'ataxie locomotrice syphilitique elle-même constitue une des plus graves maladies.

La fréquence de troubles visuels ataxiques est tellement grande, que cela m'a donné depuis de longues années l'idée de rechercher, en effet, quelle est la relation réelle entre les atrophies des nerfs optiques et l'affection vénérienne.

Les études statistiques que j'ai établies depuis plus de dix ans m'ont permis de constater que la cause syphilitique existait 723 fois sur 879 cas d'atrophie des papilles ataxiques. Cette proportion ne diffère pas beaucoup de celle qui a été établie par mon éminent maître le professeur Fournier, car il a annoncé dans ses conférences que, 4 fois pour 5, l'ataxie apparaît chez les syphilitiques.

Une fréquence aussi grande ne peut pas être attribuée à une simple coïncidence, mais elle doit être, au contraire, rapportée à la syphilis invétérée et mal soignée.

Si je dis mal soignée, je ne veux pas par cela accuser mes confrères, qui ont été appelés avant moi à soigner ces malades. Ils ont fait, au contraire, et le plus souvent, ce que les connaissances actuelles sur cette matière leur ont appris. Ils soignent les symptômes de la syphilis jusqu'à temps que ce symptôme aura disparu, et ils abandonnent ensuite le malade.

Au bout de quelque temps, le malade est pris d'une iritis, nous le soignons par le traitement approprié jusqu'au jour où l'œil se trouve guéri ; on cesse ensuite tout traitement. Cette guérison se maintient pendant un, deux, trois, six ans ou plus, et personne ne se demande ce que devient le poison vénérien dans l'organisme de l'individu. Il reste assoupi, et puis, au bout de quelques mois ou de quelques années, il survient une éruption cutanée, secondaire ou tertiaire, une affection gommeuse, etc. A l'étude comparative de tous ces phénomènes, il ne peut pas y avoir alors de doute que l'élément morbide n'a pas été détruit dans le sang. Quand je suis appelé auprès d'un malade atteint d'une paralysie de la troisième ou de la sixième paire chez un syphilitique et que je parviens à guérir par un traitement mercuriel éner-

gique, je ne peux pas ne pas croire que la syphilis n'a jamais été guérie chez cet individu, qu'elle n'était qu'assoupie.

Les gommes syphilitiques de l'iris et de la sclérotique, des rétinites et des névrites syphilitiques, des kératites interstitielles, etc. ; tous ces accidents viennent quelquefois très tard, souvent 10 ou 15 ans après le chancre, ce qui prouve, d'une manière non douteuse, que la maladie n'a pas été guérie, malgré les pilules de protoiodure, le sirop de Gibert, les injections hypodermiques de sublimé et malgré les doses massives d'iodure de potassium.

Pourquoi ces accidents secondaires et tertiaires apparaissent-ils chez tous ceux qui ont suivi très exactement et très scrupuleusement les prescriptions de leurs médecins ? Pourquoi ? Messieurs, c'est que les médecins ne soignent généralement que tel ou tel symptôme de la syphilis, sans se préoccuper du poison syphilitique lui-même et des récidives possibles dans l'avenir. Une fois l'accident guéri, on cesse le traitement.

Je vous en donnerai une nouvelle preuve toute récente : M. P... m'est amené d'Italie pour être soigné d'une paralysie de la sixième paire. Il y a plus de dix ans qu'il a eu un chancre ; quelque temps après, il a eu une éruption, un mal de gorge, plaques muqueuses, etc. Tous ces accidents ont été très bien soignés, dit-il, par ses médecins d'Italie, par des pilules mercurielles, et il en a été guéri complètement après six semaines de traitement... Plus tard, survinrent d'autres accidents secondaires ou tertiaires, et ils étaient aussi très rapidement guéris par le sirop de Gibert et l'iodure de potassium. Enfin, il y a six mois, il fut pris d'une diplopie avec paralysie de la sixième paire, qui n'a pas pu être guérie par aucun traitement, et l'iodure de potassium, pris à haute dose, n'a rien produit.

Je l'ai soumis au traitement par des frictions mercurielles, par ma méthode des frictions disséminées sur les différentes parties du corps à la dose de 2 gr. par jour, et j'ai eu la satisfaction de voir la paralysie de la sixième paire guérir au bout de cinq mois de traitement suivi.

Je vous déclare ici, Messieurs, qu'en présence d'un fait de ce genre, et de centaines d'autres analogues, j'ai le droit d'affirmer que la cause de ces rechutes continuelles est l'insuffisance de traitement qui a été administré chez ce malade, car on a soigné pendant quelques semaines ou quelques mois chaque accident nouveau, syphilitique, et on interrompait le traitement pour plusieurs mois, un an ou plus, jusqu'à ce que les nouveaux phénomènes syphilitiques apparussent.

La maladie s'acclimate ainsi et apparaît plus ou moins bénigne jusqu'au moment où des phénomènes plus graves feront leur apparition, sous forme d'accidents nerveux, cérébraux, ataxiques, et alors l'intervention devenait moins sûre, et quelquefois impuissante

pour conjurer le mal. L'ataxie locomotrice, l'atrophie des nerfs optiques ataxiques, comme a dit justement M. Fournier, comme j'ai démontré moi-même par mes propres recherches, apparaît alors chez des individus qui n'ont pas suivi suffisamment le traitement anti-syphilitique.

Et puis, que fait-on généralement dans les paralysies de la sixième, troisième, quatrième ou cinquième paires, qui sont le plus souvent syphilitiques ? On administre l'iodure de potassium, qui est considéré comme spécifique exclusif pour ces affections. Or, je ne cesse d'écrire et de démontrer que l'iodure de potassium n'a aucune action dans les paralysies syphilitiques des nerfs moteurs des yeux. C'est aux frictions mercurielles, prolongées pendant deux ans, qu'il faut avoir recours ; par ce moyen seul administré méthodiquement vous obtiendrez, Messieurs, la guérison réelle et vous préviendrez l'évolution de l'ataxie locomotrice.

Je ne donne l'iodure de potassium que lorsque le malade accuse quelques phénomènes d'intoxication mercurielle, et s'il ne peut plus supporter les frictions mercurielles ; quelques semaines alors de l'iodure feront éliminer un peu du mercure accumulé dans l'organisme et permettront ensuite de reprendre le traitement.

Ce que je viens de signaler par rapport à la paralysie des nerfs moteurs, je le dis aussi relativement à l'atrophie des papilles ataxiques, car il ne faut pas oublier que les accidents paralytiques des nerfs moteurs des yeux, constituent déjà des phénomènes réels, précurseurs de l'ataxie locomotrice, et M. Fournier lui-même les place aussi dans la première période *préataxique*.

Ne perdons donc pas de temps, Messieurs, dès que ces accidents arrivent et soignons les malades par le mercure, et plus particulièrement par ma méthode des frictions mercurielles disséminées, méthode que j'ai eu déjà l'honneur d'exposer précédemment devant vous. Faites des frictions à la dose de 2 gr. d'onguent napolitain, toujours et sans interruption, sauf des interruptions forcées qui ne dépasseront jamais un mois, ou au plus six semaines. Bien entendu on se réservera le droit de rattraper le temps perdu à la fin de deux années de traitement ainsi administré. Vous obtiendrez ainsi, Messieurs, la guérison des phénomènes *préataxiques*, et vous préviendrez l'apparition d'atrophie des nerfs optiques.

#### Sur un cas de réinfection syphilitique.

Par J. ERAUD (de Lyon).

J'ai l'honneur de communiquer à la Société l'observation d'un malade qui vient d'avoir la syphilis. Le malade a été présenté, en

puissance d'accidents secondaires, à la Société de médecine de Lyon, dans la séance du 26 novembre dernier.

Il s'agit d'un homme, âgé de 36 ans, bien constitué, exerçant la profession de doreur sur bois. Comme antécédents personnels, il accuse dans son bas-âge des croûtes du cuir chevelu, la coqueluche à 4 ans, et à 16 ans, un eczéma sur la nature duquel il est difficile d'être renseigné. Rhumatisme articulaire aigu vers 25 ans. Blennorrhagie première à 19 ans, suivie d'une ou deux autres. Habitudes et surtout antécédents alcooliques.

En 1878, au commencement du mois de décembre, soit vers l'âge de 20 ans, il eut un chancre induré de la rainure avec pléiade inguinale, traité à la consultation gratuite de l'Antiquaille.

Le 5 février 1879, il entra dans cet hôpital, dans le service du Dr Horand qui m'a remis à ce sujet la note ci-après : « à son entrée, chancres simples de la rainure du reflet et du filet. Plaques muqueuses des amygdales. Acné de la face, et au moment de sa sortie (3 mars 1879) cicatrisation de chancres, persistance des plaques muqueuses. Traité par pilules Dupuytren ». Depuis sa sortie de l'hôpital, il ne fit plus qu'un traitement irrégulier.

Neuf à dix mois après ces premiers accidents, dans le cours de son service militaire, il fit un séjour de près de deux mois (du 23 novembre 1879 au 12 janvier 1880) à l'hôpital maritime de St-Mandrier, près Toulon, pour de nouveaux accidents syphilitiques.

D'après le Dr Jeffroy, médecin chef actuel de St-Mandrier, qui a bien voulu me communiquer la note, — malheureusement bien laconique — inscrite sur les registres d'alors, ce malade a été soumis à la liqueur de Van Swieten et à l'iodure de potassium pour une lésion du mollet gauche qui a laissé une cicatrice étoilée, indélébile, aujourd'hui encore nettement visible. Quelle a été cette lésion ? Est-ce un accident secundo-tertiaire, ou bien une gomme, comme le prétend le malade, qui s'est abcédée et qui a laissé la cicatrice consécutive ?

Depuis cette époque, plus rien, c'est-à-dire un silence complet d'accidents, lorsque le 15 juillet dernier (1894), soit près de seize ans après l'accident initial, ce malade s'est présenté à moi, porteur d'une ulcération du fourreau, parcheminée, fortement indurée, de la dimension d'une pièce de deux francs. Pléiade bi-inguinale multiple : ganglions gros, durs, indolents. En même temps sur le ventre, sur le tronc, existait une éruption maculo-papuleuse, presque confluyente, de coloration rosée, non prurigineuse. En outre, on voit quelques papules acuminées sur les membres. Céphalée. État anémique assez marqué.

L'apparition du chancre remontait, au dire du malade, à quatre ou cinq semaines : il serait survenu à la suite d'un coït avec une fille de brasserie, étant en état d'ivresse. (Traité par Hg.)

7 septembre 1894. Je le revois ; l'éruption du tronc a complètement disparu et aurait duré un mois. Le chancre lui-même est cicatrisé, et à son niveau, on trouve une cicatrice encore jeune, rougeâtre, légèrement indurée. Quelques petits ganglions dans l'aîne gauche. Plaques muqueuses très ulcérées sur les deux amygdales, les piliers. Deux plaques énormes sur le bord latéral droit de la langue. Accuse toujours un peu de céphalée.

Le 24. Présente toujours des plaques muqueuses amygdaliennes et une sur le bord latéral droit de la langue. Rien ailleurs. Ce même jour, je vois sa femme qui m'affirme n'avoir jamais eu de rapports extra-conjugaux. Quoi qu'il en soit, depuis six à sept semaines, cette femme, âgée de 29 ans, bien constituée, accuse un peu de céphalée, de pâleur. Depuis trois à quatre semaines, elle se plaint de rougeurs, dit-elle, à la vulve et elle trouve que ses cheveux tombent plus facilement. A l'examen de la vulve, on constate cinq à six plaques muqueuses, légèrement élevées, avec pléiade double, plus marquée à gauche qu'à droite : ce qui semblerait montrer que l'accident initial dont on ne retrouve pas de trace, occupait une des lèvres gauches. Point d'éruption nulle part. Pas de syphilide pigmentaire. Mais on constate, dans la gouttière rétro-cervicale, à la nuque, sept à huit ganglions dont deux ou trois assez gros. Plaques muqueuses des amygdales, des piliers, de la langue. Cette femme a donc la syphilis et tout porte à présumer, par la confrontation, que ces accidents sont postérieurs à la syphilis du mari, ce dernier ayant continué à avoir des rapports avec elle, quoique moins fréquemment qu'auparavant.

26 novembre 1894. Le malade présente des plaques amygdaliennes, linguales et labiales. Rien ailleurs. Continue son traitement par Hg.

28 février 1895. Vient d'avoir la grippe. Accuse toujours des poussées de plaques buccales.

7 avril 1895. Se trouve bien portant, si ce n'était ses plaques. On en voit, en effet, sur les amygdales, les lèvres et aux commissures labiales. N'accuse rien autre.

Cette observation me semble donc bien probante en faveur d'une réinfection, car, pour qu'on puisse affirmer cette dernière, il faut, suivant M. Fournier, qu'on ait observé chez le même malade : 1° un chancre induré avec période inguinale, avec roséole, accidents secondaires ; 2° un silence complet d'accidents secondaires ou même d'accidents tertiaires ; 3° un nouveau chancre induré, survenu après un coït suspect, accompagné d'adénopathie caractéristique, céphalée, plaques muqueuses.

Or, les deux premières conditions ont été remplies, puisque les divers accidents syphilitiques (secondaires et tertiaires mêmes) ont été diagnostiqués par plusieurs observateurs compétents. Quant à la troisième condition, elle existe d'une façon indubitable puisqu'après un silence d'accidents de près de seize ans, est survenu un nouveau chancre induré avec pléiade inguinale double indolente, suivi des accidents secondaires caractéristiques à l'évolution desquels on assiste aujourd'hui.

M. BARTHÉLEMY. — Notre collègue M. Eraud (de Lyon) me charge de vous communiquer un cas de réinfection syphilitique, exprimant le désir de soumettre cette observation à la discussion de notre Société ; « l'École de Paris semblant, dit-il, réfractaire à l'idée et surtout à l'existence bien démontrée de la réinfection syphilitique ». Il est certain que les faits



jusqu'ici publiés n'ont encore pas porté dans l'esprit de beaucoup d'entre nous la conviction de la réalité de cette réinfection; non pas que cela soit d'une impossibilité théorique, mais que cela ait été indiscutablement prouvé. Il faut, pour que l'on fût convaincu de l'existence de faits si rares, que des observateurs tels que Ricord, Fournier et d'autres n'en aient pas observé un seul cas, que toutes les garanties soient réunies au moins pour les premières preuves décisives: or, il n'en est rien ici encore. Le malade n'a pas été observé par les mêmes médecins; c'est à seize ans de distance que les deux observations sont contrôlées et comparées. Or, à cette époque, beaucoup d'affections des muqueuses, simulant les syphilides et n'en étant pas, étaient à peine connues; à savoir: l'hydrops des muqueuses, les herpès syphiloïdes, les angines microbiennes, et le premier observateur, si compétent et si attentif qu'il eût été, a bien pu se tromper d'autant qu'il ne signale pas tous les signes caractéristiques de l'évolution de la syphilis primaire et secondaire; c'est ainsi qu'il n'est pas question du chancre, des adénopathies, de la roséole, etc. Je crois donc, pour ma part du moins, que ce fait n'est pas encore celui qui fixera la solution de la controverse. Il n'en est pas moins vrai que les observateurs doivent publier tous les faits capables d'élucider la question, et c'est certainement une pièce importante de plus que notre distingué collègue a portée au dossier.

### Trois nouveaux cas de pityriasis rubra pilaris.

Par M. J. MÉNEAU (de la Bourboule).

Depuis le mémoire, devenu classique, de M. Besnier, la question du lichen tend singulièrement à s'éclaircir, et le type morbide qu'il a décrit sous le nom de pityriasis rubra pilaris est à peu près universellement admis.

Ce qui avait fort contribué à embrouiller un sujet déjà si ardu, c'est l'importance excessive attribuée à la forme de tel ou tel élément éruptif. Ainsi les auteurs de l'école de Vienne se fondaient sur la coexistence de papules acuminées et de papules planes sur le même malade pour soutenir l'unité du lichen ruber dont les types, lichen ruber acuminé et lichen ruber plan, n'étaient que des variétés.

Les travaux de l'école française ont surabondamment démontré que le lichen ruber acuminé de Kaposi, identique au pityriasis rubra pilaris des Français est une maladie complètement distincte du lichen plan de Wilson. On a bien observé des papules acuminées dans le lichen plan sans que la maladie fût pour cela un lichen acuminé.

De même, on peut observer des papules planes dans le pityriasis rubra pilaris, sans qu'il en résulte la moindre identité de nature, entre cette maladie et le lichen plan.

M. le professeur agrégé Dubreuilh a déjà publié un cas de pityriasis rubra pilaris, accompagné de vives démangeaisons, dans lequel,

après la disparition de l'éruption typique, il s'était développé, sous l'influence du grattage, des placards de lichen simple chronique, circonscrit en divers points des membres inférieurs. Certains des faits publiés de coïncidence supposée de lichen ruber plan et de lichen ruber acuminé appartiennent à cette catégorie.

Une autre catégorie de faits, dont les trois observations suivantes sont des exemples, montrent aussi, mais d'une autre manière, la coïncidence, chez le même malade, de papules planes et de papules acuminées.

Ce sont des cas de pityriasis rubra pilaris où les éléments éruptifs acuminés sont en minorité ou même manquent complètement à certains moments de la maladie et sont remplacés par des papules planes, plus ou moins larges, dont la relation avec les poils est difficile ou impossible à constater.

Il ne s'agit cependant manifestement pas de lichen plan, mais bien de pityriasis rubra pilaris ; car ces papules planes sont constituées par un épaissement épidermique et non par une papule dermique. Après l'ablation assez facile de la squame par le grattage, toute dureté a disparu, la papule elle-même, n'existe pour ainsi dire plus ; or, on ne fait pas disparaître par le grattage, une papule de lichen plan. Tous les autres signes sont ceux du pityriasis rubra pilaris. Une fois l'éruption généralisée et l'érythrodermie constituée, la maladie présente le cas le plus net de pityriasis rubra pilaris, tant dans les localisations que dans l'aspect des parties ; mêmes lésions des paumes ou des plantes, mêmes altérations des ongles, même marche de la maladie.

Du reste, on a pu trouver, dans tous les cas, à certains moments, dans certaines régions, des papules acuminées, cornées pilaires, tout à fait typiques.

L'observation I présentait une éruption très abondante de papules rondes, planes, un peu luisantes, qui, isolées, ressemblaient beaucoup à celles du lichen de Wilson, mais avec cette différence, qu'elles étaient plus rouges, régulièrement centrées par un poil et que le grattage en détachait facilement une squame de la largeur de la papule, assez épaisse, molle et nacrée. Enfin, la squame une fois enlevée, il ne restait presque rien de la papule. En certains points du corps très limités, on trouvait le grain pilaire sur lequel a insisté M. Besnier.

J'y ai ajouté deux autres observations, dues, comme la première, à l'obligeance de M. Dubreuilh, à la clinique duquel il m'a été permis de les prendre.

En voici, du reste, le résumé qui permet de justifier le diagnostic et montrer qu'il faut prendre en considération l'ensemble des symptômes et non pas seulement le cône pilaire.

OBS. I. — G..., 26 ans, terrassier.

Les *antécédents héréditaires* de ce malade sont nuls au point de vue cutané. Son père est mort tuberculeux à 45 ans; sa mère, rhumatisante, vit encore.

Comme *antécédents personnels*, G... aurait eu la fièvre intermittente, à 8 ans.

*Histoire de la maladie.* — La maladie actuelle a débuté à l'âge de 10 ans, par les coudes et les genoux, sous forme de petits boutons, d'abord isolés, puis confluent, et enfin réunis en une sorte de carapace écailleuse, coupée de plis transversaux, analogue du reste aux lésions qu'il y présente actuellement. L'affection, qui n'occasionnait pas de démangeaisons, a duré huit ans, sans se modifier. Le changement de saison n'avait aucune influence sur l'évolution de la maladie.

A l'âge de 18 ans, sans cause connue, au commencement de l'hiver, l'éruption se généralisa tout d'un coup. Débutant, comme la première fois, par de petits boutons, rudes au toucher, rappelant la sensation de grains de sable pressés entre les doigts, l'affection s'étendit progressivement et envahit tout le corps au bout de quinze jours. La tête, la figure même furent atteintes.

La desquamation se faisait également par tout le corps, sous forme de squames plus ou moins larges, mais dont les plus grandes ne dépassaient pas la grandeur de la moitié de l'ongle. Cette desquamation était tellement abondante que la malade pouvait ramasser les squames à pleines mains dans son lit, tous les matins.

L'affection cutanée ne s'accompagnait d'aucun symptôme général et notamment d'aucun trouble digestif. La démangeaison ne s'est même produite qu'au moment où l'éruption avait atteint son maximum et a diminué parallèlement avec elle.

Le malade vint alors se faire soigner à l'hôpital Saint-André où il entre dans le service de M. le professeur Vergely (1881).

Dès ce moment, les ongles s'étaient pris. Ils n'ont jamais guéri depuis et sont à peine maintenant un peu plus épais qu'ils n'étaient à cette époque.

Les pieds étaient hyperkératosés sur leurs bords et à leur plante. Celle-ci était de plus le siège de rhagades assez douloureuses pour empêcher le malade de marcher. La paume des mains s'était épaissie; des rhagades s'étaient formées au niveau des plis des poignets. Les mouvements de ces articulations étaient douloureux.

Au bout de deux mois d'un traitement qui consista en : bains alcalins, amidonnés, gélatineux; tisane de pensée sauvage et liqueur de Fowler à l'intérieur; tout guérit, sauf les ongles, et, depuis ce temps, les paumes sont toujours restées un peu hyperkératosiques.

Il y a quatre ans, étaient survenues, aux paumes et aux plantes, des plaques cornées, limitées, dures et douloureuses, qui gênaient la marche et l'usage des mains; elles ont disparu en peu de jours par l'usage d'un emplâtre (?) Il est à noter qu'à ce moment, le malade ne prenait plus d'arsenic depuis plusieurs années. Depuis neuf mois, l'hyperkératose palmaire a augmenté de nouveau.

A cette époque eut lieu une récurrence qui débuta par le dos. Les boutons avaient même forme, même volume, même aspect qu'aux deux précédentes éruptions. La généralisation se fit dans le même temps. La seule différence que remarqua le malade, à cette troisième poussée, fut que les démangeaisons étaient devenues beaucoup plus vives. Elles empêchaient même le malade de rester au lit.

Entré à Saint-André dans le service de M. Rondot, il y fut soigné à l'aide de pommades soufrées et salicylées et continua l'usage de l'arsenic à l'intérieur.

*Etat actuel (février 1895).* — Depuis un mois, la pommade ne semble plus avoir d'action.

La démangeaison persiste à la poitrine, au dos et un peu aux bras.

L'éruption occupe actuellement la région sternale et la partie antérieure du cou, les parties latérales du thorax. Un large placard ovalaire se trouve au niveau du sacrum. Chaque hanche est le siège d'un placard, surtout marqué à droite, où il se prolonge un peu sur les faces antérieure et interne de la partie supérieure de la cuisse. On voit de plus : un placard sur la face antérieure de chaque genou, quelques lésions limitées dans le creux poplité droit; un grand placard sur la face antérieure de chaque bras, qui se prolonge sur le pli du coude, sur la face antérieure et le bord externe de l'avant-bras; un petit placard à chaque coude. Enfin les mains et les pieds sont le siège de lésions sur lesquelles nous reviendrons.

Le cuir chevelu et la face sont actuellement indemnes.

Les *grands placards* situés au *cou*, à la *région sternale*, aux *bras* et notamment au *sacrum*, sont d'un rouge pâle, un peu jaunâtre, sans épaississement bien sensible; ils ont le même aspect sur toute leur surface et sans aucune margination. Les plis sont exagérés et toute leur surface est le siège d'une desquamation fine, en petites lamelles, qui s'envolent au grattage et qui font que la plaque blanchit notablement quand on la gratte. Ces plaques s'égrènent à la périphérie, sous forme de lésions isolées ou plus ou moins confluentes, en traînées irrégulières et en petits placards de toutes dimensions, dont la limite nette, finement polycyclique, montre le contour des éléments papuleux constitutifs. Il en résulte que le contour général des plaques est extrêmement diffus. Les *éléments isolés* se voient le plus nettement sur le *flanc droit* et le *pli inguinal* du même côté. Ils sont constitués par des papules arrondies, saillantes, à sommet plan et luisant qui les fait absolument ressembler à du lichen plan. Elles ne diffèrent par l'absence complète de pigmentation et de régression centrale, par la friabilité de la couche cornée qui les recouvre et que le moindre grattage détache en une écaille assez épaisse, molle, de toute l'étendue de la papule. A la loupe, on constate que la surface de ces papules est moins lisse que dans le lichen plan, qu'elle est très finement gaufrée. La papule est cintrée par un poil et très souvent par un petit bouchon corné, enchaîné et traversé par le poil follet. Les plaques des *genoux* et des *coudes* sont rugueuses, jaunâtres, squameuses, mais beaucoup moins nacrées que dans le psoriasis. Au voisinage du *genou droit*, quelques rares papules coniques, surmontées d'un cône épidermique et nettement râpeuses. Sur

la verge et le *scrotum*, on trouve des plaques diffuses, indistinctes, légèrement rougeâtres, desquamant en farine.

Autour de l'*ombilic*, on voit un groupe de papules dures, cornées, ternes et rugueuses, mais non coniques.

Lorsqu'on gratte au hasard les parties en apparence saines, comme le ventre ou les cuisses, on fait apparaître une foule de points blancs, nacrés, de la grandeur d'une tête d'épingle, correspondant à de petites papules pilaires, coniques, surmontée d'une squame nacrée, qui se laisse arracher par l'ongle.

Les *mamelons* sont couverts par une petite carapace hyperkératosique. A la nuque, existe une bande transversale, rougeâtre et farineuse. La face est actuellement indemne. Desquamation insignifiante au cuir chevelu. Rien dans les aisselles.

*Mains.* — La paume est le siège d'une hyperkératose généralisée diffuse, qui ne respecte guère que la pulpe des doigts. Cette couche cornée est extrêmement épaisse, mais parfaitement souple, sans desquamation, ni fissuration, d'un jaune ambré, transparente, ressemblant tout à fait à une hyperkératose professionnelle, si ce n'est que le malade affirme que cet état est relativement récent. Cette hyperkératose n'a pas de bordure nette et cesse graduellement aux limites mêmes de l'épiderme palmaire.

La face dorsale est le siège d'une rougeur à peine appréciable, sans desquamation sensible. Sur le dos de la main et des phalanges, on voit semée une série de points noirs d'un demi-millimètre de diamètre, correspondant à des *bouchons cornés pilaires*, très peu saillants, mais cependant un peu râpeux au toucher.

Les ongles présentent deux parties à considérer : une basale, tout à fait normale, représentant le tiers de la longueur ; une partie malade représentant la moitié ou les deux tiers antérieurs, et séparée de la précédente par une dépression peu accusée, transversale, occupant toute la longueur de l'ongle. Dans cette dernière partie seulement, la forme de l'ongle est modifiée ; la courbure transversale est augmentée au point que sur quelques uns (1<sup>er</sup>, 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> doigts de chaque main), les bords latéraux sont réfléchis en dedans. Leur surface est polie, sans aucune desquamation et sillonnée de cannelures longitudinales, lisses, de un demi à un millimètre de largeur environ, les cannelules saillantes étant plus étroites que les sillons arrondis qui les séparent. A la vue, on y distingue une striation longitudinale blanchâtre, formée de stries opaques, d'un quart de millimètre de large qui partent toutes du bord de l'ongle, où elles sont confluentes et se prolongent vers la base. Leur longueur varie beaucoup, mais aucune ne dépasse le sillon transversal sus-indiqué.

Dans la partie où ces stries blanches commencent à devenir discrètes, on voit que l'ongle n'a plus sa couleur rosée, mais une teinte brunâtre, homogène, demi-transparente, due à une hyperkératose du lit de l'ongle. Cette teinte brunâtre se prolonge même jusqu'à l'extrémité où elle est à peu près masquée par la striation blanche. Cette teinte brune, enfermée, est analogue à ce qui se voit dans le psoriasis, mais elle forme une bande plus large et moins bien limitée que dans cette dernière maladie. A noter, dans la partie blanche, quelques stries longitudinales, hémorrhagiques,

brun foncé, d'un quart de millimètre de large sur un à deux millimètres de long. La lame unguéale très dure présente cependant quelques rares fissures longitudinales.

En examinant l'extrémité du doigt, on est frappé tout d'abord de l'énorme épaissement de l'ongle, qui atteint en moyenne trois à quatre millimètres, mais n'est pas décollé. A la coupe, on voit que la lame unguéale proprement dite, dure et compacte, a son épaisseur normale, mais qu'elle fait corps avec une couche d'hyperkératose sous-jacente, dure, cornée, mais moins dure et moins compacte que la lame unguéale proprement dite, brunâtre, à peu près opaque, ne desquamant pas du tout, se laissant couper au couteau comme de la corne, moins dure que la lame unguéale elle-même et piquetée de points noirs, correspondant aux flammèches hémorrhagiques.

Sur une coupe fraîche, on la voit formée de feuillets perpendiculaires à la lame, longitudinalement disposés et formant comme des gouttières qui coiffent les papilles longitudinales du lit. Cette couche hyperkératosique, très adhérente à l'ongle, l'est presque autant au lit.

Les deux mains sont semblablement atteintes.

*Pieds.* — Un placard corné, rugueux, desquamant en farine, assez diffus, occupe la partie antérieure du *cou-de-pied*.

*Plante.* — Les plantes sont le siège d'une hyperkératose diffuse qui atteint son maximum au pourtour des points d'appui (talon, bord interne de l'avant-pied et du gros orteil). On y voit par places de véritables rhagades. La couche cornée se détache en épaisses écailles, ambrées, souples, par un clivage parallèle à sa surface. Son épaisseur atteint probablement 4 à 5 millimètres. L'hyperkératose est minime à la voûte et au bord interne ; dans les autres parties de la plante (avant-pied et bord externe), la couche cornée est souple, transparente, sans aucune fissure, absolument comme aux mains. L'épaississement du tégument n'a aucune limitation nette et occupe simplement toute la surface plantaire. Les orteils sont respectés sauf le bord interne du gros orteil. *Il n'existe pas de cônes pilaires* sur la face dorsale du pied ou des orteils.

*Ongles.* — Les lésions sont les mêmes qu'aux mains, mais exagérées. La convexité est augmentée, les bords sont repliés en dedans. L'épaisseur atteint 8 millimètres. La lame unguéale est dure. L'hyperkératose unguéale offre le même aspect en moelle de jonc et en feuillets longitudinaux parallèles.

*Traitement.* — Oxyde blanc d'antimoine en pilules à la dose de 0 gr. 20 pro die.

Pommade avec : Axonge 50 gr., acide salicylique 5 gr., résorcine 3 gr. 2 mars. L'usage de la pommade a fait disparaître les grains pilaires que l'on voyait sur la face dorsale des mains.

Les lésions des membres et du corps se sont un peu affaïssées.

Continuation du traitement interne.

*Traitement externe.* — Attouchements avec un pinceau imbibé d'une solution alcoolique de pyrogallol à 1 p. 100, sur la partie inférieure du tronc. Continuer la même pommade que ci-dessus dans les autres parties.

Le 16. L'état général du malade ne s'est pas beaucoup modifié.



L'éruption est restée à peu près la même sur le corps ; mais les ongles présentent une réelle aggravation.

Leur épaisseur a un peu augmenté et les lésions ont sensiblement gagné vers la base, de sorte que, sur plusieurs d'entre eux, il n'y a guère plus qu'un millimètre d'ongle sain, au niveau de la lunule. Ils se sont allongés depuis neuf jours de près de deux millimètres. Le malade ne croit pas qu'ils poussent plus vite maintenant que d'habitude, et il faut tenir compte du fait qu'étant plus épais que normalement, ces ongles s'usent moins vite.

En coupant assez ras un de ces ongles (l'ongle de l'annulaire droit a été pris au hasard), mais à un endroit où la lame unguéale est ordinairement libre, on détermine une certaine douleur et l'on produit une légère hémorrhagie. Sur la section, on voit alors que la partie médiane de l'ongle est soulevée non pas seulement par une masse hyperkératosique, mais par un véritable bourgeonnement du corps papillaire sous-unguéal et sur la coupe de l'ongle, la partie centrale du bourrelet qui soulève l'ongle est molle, charnue, rosée, avec quelques petits points rouges, saignants, qui sont la section des capillaires. Cette masse arrive assez près de la lame unguéale proprement dite et elle est évidemment constituée par une masse de cellules en voie de kératinisation, mais encore molles, parcourues par des prolongements vasculaires ou papilles, encore vivantes. Cette végétation exubérante du lit avec allongement des papilles rappelle un peu la structure des cornes cutanées et par sa production beaucoup plus accusée sur la ligne médiane de l'ongle, fournit l'explication de la convexité exagérée des ongles et de la tendance qu'ont les bords latéraux à se replier en dedans.

*Traitement.* — L'alcool pyrogallique ayant déterminé une irritation assez vive, on le remplace par une pommade pyrogallique à 1 p. 100 également.

Continuer le même traitement interne.

Obs. II. — Pierre S..., cocher, 60 ans.

Son père est mort d'une affection pulmonaire chronique, à l'âge de 60 ans. Sa mère est morte à 68 ans d'une hernie. A sa connaissance, ni l'un ni l'autre n'auraient eu d'affection cutanée. Il a trois fils : l'aîné a 38 ans, le plus jeune 28. Tous les trois sont bien portants.

Lui-même n'est malade que depuis un an. A cette époque, il a commencé à souffrir de coliques, qu'il attribue à un refroidissement. Ces coliques, qui siègent surtout dans l'hypochondre gauche, se reproduisent très fréquemment, le jour comme la nuit, lui enlèvent le sommeil et l'appétit et ont amené un amaigrissement considérable. Il n'a jamais eu la syphilis.

Il y a trois ans, lui est survenu sur le côté droit de la lèvre inférieure un épithélioma papillomateux superficiel qui a été opéré ultérieurement et dont nous ne nous occuperons pas ici.

L'éruption cutanée qui nous l'amène remonte à un mois.

*Histoire de la maladie.* — Elle a débuté, sur la joue droite, par des amas croûteux, formés de squames grisâtres et épaisses, qui se sont étendues à toute la joue, au cuir chevelu et à une grande partie du corps. La généralisation s'est faite dans l'espace de quelques jours.

*Etat actuel* (27 mars 1893). — On est frappé tout d'abord par l'aspect cachectique du malade qui est très maigre, presque émacié. Sa peau est terreuse, flasque, molle, gardant un temps notable, les plis qu'on y détermine, dépourvue de toute élasticité.

L'éruption est extrêmement étendue. Elle couvre en totalité le cuir chevelu, la face et le cou ; sur le corps et les membres, elle forme de vastes placards ou des flots plus petits, d'un rouge terne, terreux, un peu café au lait, couverts de squames fines, plus ou moins abondantes suivant les régions, sans épaississement ni induration de la peau.

Le *cuir chevelu* est tout bouclé par des amas confluents de squames blanchâtres, petites, sèches, adhérentes, traversées par les cheveux qui sont normaux, mais secs. Sur le fond terreux de la *face*, on voit une foule de placards squameux, plus ou moins épais, irréguliers, mal limités, confluents sur les joues, le front, les oreilles, le nez ; les squames sont petites et pityriasiques ; mais, en les arrachant, on trouve leur face profonde munie de prolongements filiformes qui s'enfoncent dans le derme. Sur la joue gauche, sont de nombreux petits points noirs, centrés par un poil, entourés de nombreuses pellicules épidermiques, représentant l'extrémité d'un comédon qu'on expulse facilement.

De la face, l'éruption s'étend sur le *cou*, qui est coloré d'une façon uniforme et la lésion se termine en bas par un bord net, polycyclique, entouré de placards plus petits, qui se réunissent au milieu du *thorax* pour former une grande plaque descendant jusqu'à l'appendice xiphoïde et, sur les côtés, atteignant les mamelons. Sur cette plaque, on trouve encore quelques flots réservés de peau saine, à contours festonnés. Cette surface rougeâtre est couverte de squames abondants, sauf quelques points d'apparence plus récente, qui sont comme vernissés. Sur les côtés de la poitrine, les placards sont moins abondants, et dans le *dos*, les éléments isolés dominent.

Sur l'*abdomen* et les *fesses*, l'éruption devient confluite ; la rougeur terne est uniforme, la desquamation abondante.

La face antéro-interne des *cuisse*s présente quelques éléments isolés, ne desquamant pas encore ; mais toute la face externe est envahie par une teinte foncé avec desquamation abondante qui se continue dans les creux poplités et sur les *jambes* et les *pi*eds, où l'on ne trouve presque pas de peau saine.

Sur les *membres supérieurs*, l'éruption est, comme partout du reste, à peu près symétrique. Aux bras, elle occupe la région antéro-externe. On trouve notamment sur le deltoïde, un grand placard qui se continue en haut avec les lésions du cou, et en bas, se limite par un bord festonné, auquel succèdent des placards plus petits, isolés ou tangents. La région interne des bras ne présente que quelques taches isolées. Les aisselles, les plis du coude sont atteints, de même que les avant-bras, les poignets et la face dorsale des mains ; au contraire, le bord interne des avant-bras et les paumes sont respectées. Les ongles ne sont pas altérés, pas plus aux doigts qu'aux orteils.

Les éléments éruptifs *les plus petits* ont les dimensions d'une tête d'épingle à une lentille ; ils sont irrégulièrement circulaires, bien limités,

rouge brun avec une surface vernissée sur laquelle le grattage détermine une légère desquamation ; ils ne font pas de saillie, ne sont nullement infiltrés et la peau, à leur niveau, est parfaitement souple.

Les éléments *un peu plus grands*, de 2 à 3 centim. de diamètre, sont également circulaires, sans saillie ni infiltration ; leur surface desquame en fines lamelles et se divise en deux zones : une partie centrale, plus pâle, avec desquamation abondante, une périphérique, d'un rouge plus foncé, entourée d'une collerette desquamative.

Les *grands placards* sont formés par la réunion de ces éléments ; ils ont les mêmes caractères ; leur teinte rougeâtre est à peu près uniforme, mais on peut encore y trouver des traces des deux zones ci-dessus décrites.

Le *système pileux* n'est nullement altéré, bien qu'il soit peu développé. Les poils sont partout normaux et bien conservés, et les éléments éruptifs paraissent n'être nullement localisés à leur niveau.

La desquamation qui se produit à la surface du corps est très abondante et, tous les matins, le lit du malade est rempli de petites squames. La peau est sèche, la sécrétion sébacée paraît manquer, et la sueur est rare, ce qui du reste n'est pas, au dire du malade, un phénomène récent.

La sensibilité est partout conservée. Les démangeaisons sont modérées en général, mais assez vives en certains points, notamment au niveau des avant-bras, où l'on trouve des traces de grattage manifestes.

17 avril. Toute la surface du corps est envahie par une teinte presque uniforme, rougeâtre, terreuse, un peu café au lait. Le derme, flasque, flétri, sénile, ne présente aucune autre altération. La teinte y est uniforme, sauf quelques marbrures de peau saine sur le tronc et les membres supérieurs. Partout, on note une desquamation abondante en lamelles de 1 à 10 millim.

Sur le *tronc*, la teinte est plus terreuse, la desquamation modérément abondante, découvrant un épiderme mince et lisse. Sur les *membres inférieurs*, la rougeur est un peu plus vive, surtout dans les plis de flexion ; la peau est flétrie avec exagération des plis au niveau des genoux. La desquamation est diffuse, abondante, en petites lamelles. Il y a de l'œdème marqué des jambes et du dos des pieds. La plante des pieds est respectée.

*Membres supérieurs.* — Il reste encore quelques espaces de peau saine, au voisinage des plis du coude. Sur tout le reste de la surface, la peau est d'un rouge terne, sans épaissement, couverte d'une abondante desquamation en lamelles de 1 à 5 millim., qui s'enlèvent facilement par leurs bords et ne forment pas d'amas. Les plis sont exagérées. Au niveau du pli du coude, on trouve encore des lésions disséminées. Les *plus petites* lésions, de 1 à 3 millim. de large, sont formées par une petite tache rougeâtre sans saillie appréciable, dont le centre blanchit déjà par le grattage. Les taches, *de la grandeur d'une lentille* et au-dessus, présentent au centre une couleur plus brune, une desquamation en lamelles nacrées, proriasisiformes, mais avec moins d'abondance de squames que dans le psoriasis. Elles sont entourées d'une bordure d'un rouge un peu plus vif qui ne desquame pas encore. Sur les *plus grandes*, de 1 à 3 centim., le centre est desquamé, présente un aspect satiné et une teinte bistre, qui rappelle un peu le pityriasis rosé.

Les lésions s'étendent sur le dos de la main ; la paume et les ongles sont respectés.

La *face* est toujours amaigrie. La peau, flasque, sénile, rougeâtre, terreuse, est couverte d'une desquamation pityriasique, devenant plus abondante sur le *cuir chevelu*, où elle forme des amas bosselés nombreux et irréguliers, qui, par le grattage, se dissocient plutôt en prismes perpendiculaires à la surface qu'en squames parallèles, comme dans le psoriasis. Sur la *face*, on voit des amas ayant l'aspect de croûtes grasses séniles ; ni sur la tête, ni sur le cou, il n'y a trace de peau saine.

*Traitement.* — Deux fois par jour, pulvérisations boriquées sur le cuir chevelu et la *face*. A l'intérieur, pilules toni-purgatives et liqueur de Fowler.

8 mai 1893. L'éruption est absolument généralisée ; la peau est rouge pâle, un peu épaissie, flasque, sillonnée par des plis exagérés. Elle desquame abondamment en lamelles minces de deux à dix millim., de forme irrégulière, se détachant par les bords.

Sur la *face dorsale* des mains et des doigts, les squames deviennent plus épaisses et plus larges, grisâtres ; elles entourent les ongles, qui ne sont pas altérés. Sur la *face palmaire*, l'épiderme, sec, épaissi, crevassé, desquame en larges lames épaisses ; la desquamation rend la paume des mains toute blanche, bien que la surface en soit assez lisse et assez souple.

Aux *pieds*, les lésions sont à peu près les mêmes, mais l'épaississement de l'épiderme corné est plus accusé et il est coupé de rhagades profondes.

A la *face*, la desquamation devient moins abondante et la peau devient plus lisse et plus souple ; elle est presque normale à la surface du nez et à la partie inférieure des joues. Le *cuir chevelu* est toujours rempli de squames.

9 juin. L'état général est amélioré ; bien que l'appétit reste médiocre.

La couleur de la peau est presque normale. Ce n'est qu'aux extrémités qu'elle présente une teinte rouge pâle. Cependant elle est partout couverte d'une desquamation pityriasique et le siège d'un prurit persistant assez accusé ; elle est épaissie, molle, flasque, coupée de plis de flexion exagérés.

L'épiderme des *paumes* et des *plantes* est épaissi, mais moins qu'autrefois ; il est souple, desquame peu et ne présente que quelques crevasses aux *pieds*.

Les *ongles* des doigts sont normaux, comme forme et comme couleur, mais commencent cependant à s'épaissir à l'extrémité libre par suite d'une hyperkératose sous-unguéale.

Le *cuir chevelu* est toujours couvert d'une couche épaisse de squames blanches, fines et minces.

*Traitement.* — Pommade salicylée.

10 juillet. L'état de la peau s'est aggravé ; la démangeaison a augmenté. La peau est plus rouge et desquame abondamment ; il y a même de petites crevasses au niveau des craquelures des squames.

La *face* va très bien. La peau y est fine, souple, et ne desquame presque pas : il en est de même de la *partie supérieure du dos*, et de la *poitrine*.

Sur l'*abdomen* et la *partie inférieure du dos*, la peau est rouge terne, un peu brunâtre, et desquame abondamment en petites lamelles.

Sur les *membres*, dans leur totalité, la peau est rouge terne, avec des lignes plus rouges, formant réseau et correspondant aux craquelures de l'épiderme corné. Les plis cutanés sont exagérés, la peau est un peu épaissie, molle et souple. La couche cornée est sèche, écailleuse et desquame abondamment en lamelles minces, souples, nacrées, de plusieurs millimètres de large.

A la *paume* des mains, l'épiderme est très épais, mais souple; il forme peu de fissures, il desquame peu en lamelles friables, et fournit au frottement une grande abondance de fines lamelles farineuses. Le bord libre des *ongles* est épaissi et atteint 2 millim., ce qui est surtout dû à une hyperkératose sous-unguéal; mais celle-ci n'occupe que l'extrémité jusqu'à 3 millim. du bord libre, toute la partie basale a sa couleur et sa transparence normales. La forme générale des ongles n'est pas altérée.

Aux *pieds*, la *face plantaire* présente un épiderme épais, mais souple. fournissant, de même qu'aux mains, une farine abondante par le grattage. Sur le *dos du pied* et la face antérieure du *cou-de-pied*, l'épiderme très épais forme un placard gris, râpeux, dense, d'aspect plâtreux.

Le *cuir chevelu* est couvert d'une calotte épaisse de squames adhérentes qui se détachent en farine. Il en est de même aux *sourcils*.

L'état général reste mauvais; l'amaigrissement et les coliques persistent.

29 juillet. La moitié supérieure du *dos* est guérie; de même, la plus grande partie de la *face antérieure du tronc*, sauf une large bande qui s'étend de l'appendice xiphoïde à l'ombilic. Cette plaque, qui se continue à gauche avec les parties malades des membres inférieurs, est assez bien limitée; ses contours sont déchiquetés, sa surface est rouge terne, écailleuse, desquame assez abondamment en farine et blanchit au grattage. Sur l'*hypogastre*, on voit un grand nombre de petites plaques circum-pilaires, acuminées, squameuses, donnant au toucher la sensation d'une râpe.

*Traitement* : Pommade résorcinée.

9 août. L'arsenic, continué jusque-là depuis le début, n'est plus supporté. L'état est stationnaire. On voit quelques grandes rhagades à la *face dorsale des mains*.

*Traitement* : Tartre stibié 4 milligr. par jour à l'intérieur.

13 octobre. Le malade va mieux; il est surtout moins rouge. L'éruption s'étend à tout le corps, sauf au *thorax*.

Aux *membres*, dans toute leur étendue, la peau est rougeâtre, terne, terreuse. Elle est flasque, un peu épaissie, les plis sont exagérés, déterminant un quadrillage. L'épiderme est sec et se soulève en squames minces, modérément abondantes. La ligne blanche, formée par la craquelure de l'épiderme, y rend les plis plus apparents. La desquamation, très modérée sur le tronc et les segments supérieurs des membres, devient plus marquée aux segments inférieurs, notamment aux *jambes*, et surtout sur le *dos des pieds*, où les squames sont encore plus blanchâtres, plus larges et plus nombreuses. Aux *coudes*, se trouvent des placards épidermiques blancs et plâtreux, friables et adhérents. Par le grattage, tout devient plus blanc.

A la *paume* des mains et aux *plantes* des pieds, l'épiderme est épais, dur, coupé aux plis de flexion, parfois avec des rhagades; l'hyperkératose arrive jusqu'aux pulpes des doigts.

Les *ongles* des mains sont un peu courbés en long, de couleur et d'aspect normaux dans presque toute leur étendue, mais très épaissis au bord libre qui mesure de 1 à 2 millim. d'épaisseur, la partie profonde étant assez consistante, mais cependant plus friable que la lame unguéale supérieure qui est épaisse et dure. En regardant par la face supérieure, on voit que les altérations ne s'étendent qu'à 2 ou 4 millim. du bord libre (les ongles étant assez longs pour atteindre l'extrémité de la pulpe), il n'y a pas de décollement, mais une fine et abondante striation blanche régulière; les stries partent du bord libre et se terminent à des distances diverses de 2 à 4 millim. Ces stries correspondent à des infiltrations d'air dans la couche hyperkératosée; elles sont situées à des profondeurs variables. Elles sont parfois mêlées de petites stries noires, hémorrhagiques: au delà de la limite assez irrégulière, formée par ces stries blanches, on voit encore une zone brunâtre, enfumée, de 1 millim. de large.

Sur la coupe, on voit nettement que l'épaississement est dû à une hyperkératose sous-unguéale, mais l'aspect en moelle de jonc manque, la couche surajoutée étant très dense, quoique facile à distinguer de la lame unguéale normale sus-jacente.

Aux ongles des *pouces*, les stries blanches, plus rares, s'étendent jusqu'au milieu de l'ongle et le dépassent. Elles sont mêlées de quelques flammèches hémorrhagiques, et, dans cette région, tout l'ongle est un peu enfoncé. Ces ongles sont plus épais et un peu courbés transversalement; les bords latéraux tendent à se réfléchir en dedans. Rien d'anormal au niveau des *poils* qui sont rares et naissent de la peau rougeâtre, sans altérations.

Sur la *poitrine*, la peau est normale; elle est un peu terreuse, mais n'est plus rouge; elle est plus mince et plus souple.

Dans la région *sternale* et au voisinage de la grande plaque qui couvre la partie inférieure du *tronc*, la peau est râpeuse au toucher, à cause de la présence de nombreuses papules du volume d'une tête d'épingle, cornées, acuminées, correspondant régulièrement aux orifices folliculaires des poils. Elles sont constituées par des bouchons cornés qui occupent les orifices folliculaires, mais il n'y a presque pas de saillie dermique. Ces papules cornées sont très dures et blanchissent par le grattage.

Dans le *dos*, on trouve de même, à la limite de l'éruption, un grand nombre de papules folliculaires, mais moins accusées.

Les *mamelons* sont coiffés d'une petite carapace cornée.

Dans les *aisselles*, la peau est normale, mais on y voit une foule de petites saillies blanches, filiformes, molles, qui sont autant de bouchons épidermiques saillants, correspondant aux follicules des poils follets. Il n'y a du reste que des poils follets dans les aisselles.

Le *cou*, la *face* ont repris leur teinte normale, qui est assez terreuse. Pas de rougeur, un peu de desquamation sur les ailes du nez, les sourcils, les oreilles qui sont couvertes d'un enduit épidermique épais et friable plutôt que squameux.



Le cuir chevelu est couvert d'une carapace blanche de squames épaisses, friables, desquamant au grattage en petits blocs et petites squames nacrées. Cheveux normaux. Prurit continu. Appétit médiocre. Coliques diminuées.

*Traitement.* — Vaseline 40, acide salicylique 3. La pommade est modifiée au bout de quelques jours, ainsi qu'il suit : Vaseline 40, acide salicylique et résorcine à 3, menthol 2.

A l'intérieur, oxyde blanc d'antimoine 0 gr. 10 par jour en pilules.

3 février 1894. L'éruption diminue graduellement ; le prurit persiste.

Continuer l'oxyde blanc d'antimoine qui est bien supporté.

Pommade au goudron et à la résorcine.

Obs. III. — Joseph C..., menuisier, 45 ans.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort de « coliques » après un an de maladie. (Entérite tuberculeuse ?)

Mère morte à 55 ans d'affection inconnue.

Deux sœurs mortes, l'une subitement, l'autre de fièvre typhoïde.

*Antécédents personnels.* — Pas de dermatose, pas même de séborrhée du cuir chevelu ; pas de trace de syphilis ni héréditaire, ni acquise ; pas d'alcoolisme.

Le malade jouit d'une bonne santé habituelle et a quatre enfants bien portants.

Depuis plusieurs années cependant, il se plaint de crises de coliques qui surviennent surtout au printemps. L'attaque dure souvent plusieurs mois, (4 ou 5 l'année dernière), avec des rémissions de plusieurs jours. Elle s'accompagne de douleurs siégeant au creux de l'estomac et quelquefois de diarrhée liquide, à la fois dysentérique et sanglante. Il a eu jusqu'à dix selles par jour. D'autres fois, les coliques sont sèches. Parfois vomissements biliaires ou nausées ; appétit conservé.

*Histoire de la maladie.* — L'éruption actuelle est survenue pendant une crise de coliques, moins forte que les autres. Il n'y a pas concordance entre les crises et l'éruption. Elle a débuté, il y a un mois, au niveau du front, par une plaque farineuse, non prurigineuse, qui s'est étendue aux sourcils. Elle a ensuite gagné le cuir chevelu, la face et le cou avec son même caractère rouge et farineux. Au début, il existait aussi du gonflement et une tension douloureuse des téguments qui gênaient les mouvements de la face. Depuis trois semaines, l'extension s'est faite aux bras, au ventre et à la cuisse droite, sous forme de petites taches miliaires rouges, sans démangeaisons ni sensations anormales.

*Actuellement* (30 juin 1894), le cuir chevelu est uniformément couvert d'une desquamation pityriasique abondante, en petites lamelles sèches, sans suintement ni croûtes. Les cheveux ne sont ni secs, ni raréfiés ; le malade ressent une légère démangeaison. Sur toute l'étendue de la face, les caractères de l'éruption sont les mêmes. La peau est rouge terne, teintée en jaune ; elle est modérément épaissie, souple et flasque, de sorte que les plis et les rides sont plus accentués que normalement. Sa surface tout entière est couverte d'une desquamation abondante en petites lamelles minces de un à trois millim., surtout exagérée dans les régions velues et aux oreilles. Aucun point n'est respecté, si ce n'est une portion de la grandeur d'un haricot, au milieu de la joue gauche.

L'éruption est limitée en arrière par la septième vertèbre cervicale; sur les côtés, par les clavicules; elle se prolonge en pointe jusqu'à la partie inférieure du sternum. Sa limite est diffuse et s'égrène en un semis de lésions miliaires semblables à celles qu'on trouve sur le corps.

Sur presque tout le reste du corps, on voit, disséminées, des lésions miliaires et lenticulaires, surtout abondantes aux *épaules*, aux *coudes*, au niveau du bord externe des *avant-bras*, à l'angle supéro-interne et inférieur des *omoplates*, aux *flancs*, aux *régions iliaques* et *hypogastrique*, ainsi qu'à la face antérieure de la *cuisse droite*.

Les *plus petites* de ces lésions sont constituées par une petite papule d'un jaune rosé, du volume d'une tête d'épingle, arrondie, à peines saillante, légèrement dure au toucher, et tranchant nettement tant par sa couleur que par sa consistance sur la peau saine voisine, très blanche et très fine. A la loupe, on voit que cette papule est hémisphérique, bien limitée, et que les plis de la peau se poursuivent à sa surface, où ils sont plutôt exagérés qu'abolis.

Le sommet des papules est surbaissé, mais n'est jamais ombiliqué; il est légèrement luisant. Dans les régions où elles sont en grand nombre, on a un toucher chagriné, analogue à celui que donne le lichen plan; mais non râpeux. Il est facile de constater que la dureté des papules est exclusivement due à la squame qui les coiffe et les constitue. Quelques papules sont cintrées par un poil, mais la plupart en sont dépourvues; souvent même, on voit le poil sortir immédiatement sur le bord de la papule.

Les papules *un peu plus grandes* atteignent le volume d'un grain de chènevis; elles sont recouvertes d'un épiderme épaissi qui desquame par le grattage en une écaille nacrée, un peu jaunâtre, molle et souple.

D'autres papules enfin atteignent le volume d'une *lentille*; elles sont dépourvues de leur squame et, par suite, un peu moins saillantes. On ne constate à leur niveau ni dureté, ni infiltration de la peau. Elles ont la même couleur rouge pâle jaunâtre; leur partie centrale, desquamée, présente un épiderme mince, satiné, plissé par les plis de flexion et desquamant en très minces lamelles nacrées; elles sont entourées par une colle-rette desquamative très régulière.

En quelques points, tels que la *cuisse droite* et l'*omoplate*, les lésions deviennent confluentes et forment des placards rougeâtres, squameux, mal limités, analogues à l'éruption faciale. *Sur le ventre*, la *squame* qui surmonte certaines papules contient un poil enroulé.

Au devant de chaque genou, sur la *rotule* et le *tendon rotulien*, existe un placard de la grandeur de la paume de la main, squameux, psoriasiforme, mal limité, mais sans lésions égrenées à la périphérie.

La *cuisse gauche* n'a presque rien; les *jambes* et les *pieds* n'ont rien.

Les *maines* présentent un épiderme épais, souple, très légèrement farineux; cet état, au dire du malade, aurait existé de tout temps. Sur la face dorsale des *doigts*, on observe de petits centres de desquamation lamellaire. Les *ongles* sont épais, durs, encore épaissis par l'hyperkératose sous-unguéale qui se traduit par une teinte un peu enfumée de la partie terminale des ongles. Au niveau des *pouces*, les deux tiers terminaux présentent une série de stries longitudinales, blanchâtres, rectilignes, qui

s'avacent plus ou moins loin, et sont dues à une infiltration d'air. Dans la zone enfermée, on trouve des flammèches hémorragiques noirâtres.

Sur différentes parties du corps, notamment dans la *région scapulaire supérieure*, on voit de petites lésions à caractère très spécial. Elles sont constituées par une petite croûte du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain de millet, et un peu au-dessus, circulaires, jaunes ou brunes, plates, dures, enchâssées dans la peau, très adhérentes. La croûte sur monte une petite élevation rouge, franchement inflammatoire, mais sans infiltration notable. Elle est quelquefois immédiatement entourée par une auréole blanche d'aspect pustuleux. En arrachant cette croûte, on voit qu'elle est de consistance molle et tenace; on trouve au-dessous d'elle une ulcération un peu saignante ou recouverte d'une légère couche de pus. Certaines de ces croûtes sont tellement adhérentes que leur arrachement est impossible. Ces lésions sont évidemment dues à une petite eschare du derme; elles se rapprochent, au point de vue pathogénique, de l'acné nécrotique; mais au point de vue objectif, elles ressemblent surtout à des éclaboussures d'acide sulfurique sur la peau. Ces lésions forment de petits groupes sur les deux épaules. Deux lésions isolées, analogues, mais plus profondes, se trouvent: l'une, derrière l'*omoplate gauche*, l'autre sur le *bras droit*. Elles sont toutes à peu près de même âge et l'on ne voit aucune cicatrice ancienne due à ces lésions.

L'examen microscopique des croûtes arrachées a montré qu'elles sont constituées par une eschare dermique exactement comme dans l'acné nécrotique, bien que l'aspect clinique de la lésion soit sensiblement différent.

*Traitement.* — Arséniate de soude à l'intérieur. Pommade avec: vase-line 40 gr., résorcine 1 gr., goudron de hêtre 2 gr.

30 mars. Légère amélioration aux ongles, dont l'hyperkératose paraît vouloir diminuer.

Amélioration plus marquée sur le corps, surtout aux bras.

Les lésions sont affaissées et n'ont pas encore diminué d'étendue.

Même traitement.

#### De la rareté, en Italie, du *microsporium* Audouini.

Par M. E. SABOURAUD.

Après les études nombreuses et les descriptions précises que nous avons donnés du *microsporium* Audouini de Gruby, après les clichés joints à l'atlas de notre livre: *Les trichophyties humaines* (1), les dessins et schémas joints à nos publications sur le même sujet, notre étonnement a été grand de voir mettre en doute ces affirmations par quelques hautes personnalités scientifiques dont la compétence histologique est hors de doute.

(1) Rueff, édit. (1894).

Frappé surtout de ce fait que tous ceux qui ont pu voir nos cultures et nos préparations se sont déclarés convaincus, tandis que ceux qui refusaient créance à nos résultats n'avaient jamais examiné nos préparations et ne nous en avaient jamais demandé, nous avons pensé à vérifier l'existence du *microsporum Audouini* hors de France. Une correspondance ébauchée avec M. le Dr Amedeo Marianelli de Florence, puis une correspondance plus suivie avec M. le professeur Mibelli de Parme semblent mettre hors de doute ce fait inattendu que la teigne à petites spores (qui cause à Paris les deux tiers de nos teignes tondantes), et le *microsporum Audouini*, son parasite, n'existent pas en Italie.

Nous avons envoyé à M. le professeur Mibelli des cultures et des préparations microscopiques de nos principaux types parasitaires différenciés ; enfin, des milliers de cheveux de la « teigne à petites spores » extraits par un procédé qui permet de vérifier à distance l'identité du parasite sur tous les cheveux d'une même tête.

Un enduit de collodion riciné très épais fut appliqué sur une tête malade. Cette calotte, enlevée d'une seule pièce par traction lente avec les doigts, fut envoyée à M. Mibelli portant tous les cheveux malades enlevés par elle.

Ces divers échantillons étudiés avec soin par M. le professeur Mibelli ont provoqué de sa part la réponse suivante qu'il nous permet très obligeamment de publier.

Nous nous excuserons sur notre fidélité de traducteur de ne pouvoir rien retrancher des éloges personnels qu'il nous décerne.

Cette lettre nous semble — par le nom et la compétence de son auteur — un document d'une extrême valeur dans cette question aujourd'hui si débattue de la mycologie parasitaire de l'homme.

Nous remercions bien sincèrement M. le professeur Mibelli de l'appui qu'il veut bien prêter aux idées que nous défendons.

A M. le Dr R. Sabouraud, à Paris.

ÉMINENT COLLÈGUE,

Je vous suis bien obligé des envois gracieux que vous m'avez faits de préparations microscopiques, de cultures et d'autres matériaux d'études qui sont pour moi extrêmement précieux. Et je vous en suis d'autant plus obligé qu'ils me donnent l'occasion de résoudre une difficulté qui m'avait arrêté — et d'autres avant moi — d'autres qui ont passé outre en refusant d'accepter quelques-uns des faits que vous donniez comme certains et démontrés.

Vous savez sans doute que lors de vos premières publications tendant à démontrer la pluralité du trichophyton tonsurans, lorsque vous affirmiez l'existence de deux types différents de trichophyton l'un à petite, l'autre à grosse spore, je pus objecter que le volume plus ou moins grand des

spores ne pouvait être un moyen suffisant de différencier diverses espèces trichophytiques, puisqu'on pouvait sur un même malade trouver des spores grosses et petites. Depuis, j'ai cru devoir modifier cette façon de voir.

Tout d'abord, je dois confesser que depuis votre travail sur « une mycose innommée de l'homme », travail dans lequel vous démontrez que le trichophyton à petites spores n'est pas un trichophyton mais un champignon tout spécial : le *microsporium Audouini*, il m'a semblé qu'il me manquait un élément de conviction à cet égard, et sans retard, je me suis proposé de rechercher s'il existe aussi chez nous une mycose spéciale produite par ce champignon.

Depuis lors, les préparations que vous m'avez envoyées et celles que j'ai faites moi-même sur les matériaux que vous m'avez fournis, ainsi que les particularités de développement des cultures, que j'ai vérifiées sur les milieux nutritifs artificiels (gélose, mannite, peptone), m'ont fourni l'occasion d'étudier et d'observer des faits complètement nouveaux pour moi. En premier lieu, j'ai pu me convaincre que s'il est difficile de se prononcer sans de longues recherches sur les diverses espèces ou variétés de trichophyton (recherches dans lesquelles il serait absurde de négliger comme critérium de différenciation, les différences de volume des spores mycéliennes), il est par contre très facile de reconnaître que le champignon que vous avez récemment étudié et décrit sous la dénomination de « *microsporium Audouini* » est un champignon différent de toutes les variétés possibles de trichophyton.

La différence est si nette qu'elle saute aux yeux, de prime abord, au simple examen des cheveux malades. Ces cheveux : 1° sont beaucoup plus résistants que les cheveux trichophytiques à l'action de la potasse ; 2° ils sont entourés — non pénétrés — de myriades de spores et sont ainsi enveloppés comme d'un manchon qui les fait apparaître beaucoup plus gros qu'ils ne sont en réalité ; 3° ils sont entourés de spores extrêmement petites dont la petitesse est si évidente qu'il n'est nul besoin de recourir à une mensuration pour la constater.

Je vous ai dit que ces préparations me permettaient d'observer des faits absolument nouveaux pour moi. En effet, je puis véritablement déclarer en toute sécurité que depuis onze ans que je m'occupais de dermatologie, n'ayant jamais négligé de faire l'examen microscopique de tous les malades atteints de trichophytie que j'ai vus, il ne m'est jamais arrivé d'observer quelque chose de semblable à ce que j'observe sur les cheveux malades que vous m'avez obligeamment envoyés.

Vous savez que votre envoi contenait plusieurs milliers de cheveux ; j'en ai examiné quelques dizaines et les ai trouvés entièrement identiques entre eux.

De même, la culture que j'ai obtenue des échantillons que vous m'avez envoyés de ce champignon se différencie nettement de toutes les cultures que j'ai pratiquées dans ces derniers mois en partant de vingt et un malades présentant des trichophyties de forme et de siège variable : cheveux, barbe, ongles, etc.

Pour cette raison également je crois pouvoir vous assurer que jusqu'ici

il ne m'a jamais été donné d'observer un seul cas de *cette mycose innominée de l'homme* que vous avez eu le mérite de différencier nettement des trichophyties.

Du reste, puisque je persévère dans mes recherches, peut-être, à l'avenir, en ayant clairement sous les yeux ce qu'il faut que je recherche, peut-être, dis-je, m'arrivera-t-il de rencontrer quelques cas de teigne spéciale, à moins qu'elle ne soit tout à fait étrangère à notre pays.

Je ne manquerai pas de vous informer du résultat de mes recherches, quel qu'il soit. En attendant, je saisis l'occasion de vous exprimer mes sentiments de profonde estime.

Votre très dévoué,

VITTORIO MIBELLI.

Parme, 15 avril 1895.

### Éruption d'antipyrine.

Par M. GASTOU.

J'ai l'honneur de vous présenter un malade qui a le corps et la face couverts de placards variant d'une pièce de 5 francs à 10 centim. de diamètre. Ces placards sont de formes variables, généralement circulaires. Ils siègent sur la face, au niveau des bosses frontales, sur le corps, disséminés en tous les points.

Leur couleur varie de la teinte vineuse ou purpurique au brun, et rappelle la teinte du purpura et celle du lichen ruber plan. Généralement dans les placards situés au cou, dans l'aisselle, sur les lombes et les cuisses, le centre est brun et la périphérie est violacée. La surface des placards est plissée légèrement et donne l'impression d'un soulèvement épidermique ou d'une fine desquamation; du reste, sur le front et sur les bourses, ce soulèvement a formé une véritable vésicule qui a abouti à une exulcération. La pression n'efface pas les éléments, elle les atténue faiblement.

Il existe sur la verge des placards éruptifs simulant une balanite intense.

Les lèvres, les commissures labiales, la face interne des joues vers les commissures sont recouvertes d'un enduit véritablement pultacé, tel qu'on le voit quelquefois dans la stomatite accompagnant l'impétigo.

Cette éruption est survenue avec un prurit violent, actuellement calmé, une heure après l'ingestion d'un gramme environ d'antipyrine.

Le malade n'avait auparavant aucune affection cutanée ou générale.

Le secrétaire,

LOUIS WICKHAM.



## REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

### REVUE DE DERMATOLOGIE

**Étude clinique sur l'acné et la séborrhée.** — SCHÜTZ. Klinisches über Acne und den seborrhoischen Zustand. (*Archiv f. Dermat. u. Syphilis*, 1895, t. XXX, p. 213.)

Dans le traitement local de l'acné et des états analogues le lavage pour enlever la graisse de la peau et dégager les orifices des glandes sébacées a joué de tout temps un rôle important. Dans ce but il faut conseiller aux malades de l'eau aussi chaude qu'ils peuvent la supporter ; elle a l'avantage de modifier la circulation et d'avoir une plus grande action dissolvante. Les meilleurs savons sont les savons de potasse, les préparations de savon mou, l'alcool de savon alcalin d'Hebra. Cet alcool doit être préféré parce qu'il ne contient pas d'éléments résineux et qu'on peut l'additionner facilement de substances antiseptiques (de thymol 2 p. 300 ; de solvéol 3 p. 200 ; de résorcine, etc.). On peut employer aussi avec avantage de légères solutions de carbonate de potasse (2 à 3 p. 100).

Il faut rejeter complètement l'emploi de savons solides ou liquides de glycérine. La glycérine ne convient sous aucune forme, même dans les proportions les plus minimes à une peau séborrhéique. Il importe d'éviter la décomposition du sébum de la peau en glycérine et en acides gras.

L'addition de glycérine favorise directement un commencement de rancidité au début. En outre, la glycérine est souvent impure, surtout dans les savons. Les éruptions d'impétigo après la vaccination avec la lymphé glycinée montrent qu'il faut se méfier de la glycérine. Dans les lavages, il faut enlever le savon avec beaucoup d'eau et de l'eau souvent renouvelée. Les débris de savon irritent la peau, les résidus d'alcalis décomposent peut-être de nouveau le sébum de la peau en glycérine et en acides gras dans la transpiration et autres contaminations semblables de la peau. Par conséquent, il importe en terminant de faire un dernier lavage avec de l'eau additionnée d'un léger vinaigre de toilette, ou de vinaigre aromatique ou, ce qui est encore préférable, de faire une pulvérisation avec de l'eau contenant du suc de citron.

Toutefois, certains cas ne supportent ni l'eau, ni les savons. Plus on lave et plus la sécrétion sébacée augmente. Ces mêmes cas s'améliorent souvent très rapidement par des frictions quotidiennes avec des corps gras fixes frais (huile de coco, crème de lanoline, vaseline américaine).

Mais ces frictions ne sont elles-mêmes pas toujours tolérées ; dans ces cas l'auteur recommande la poudre suivante :

Soufre dépuré.....	} 25 gr.
Sulfure de calcium.....	
Phosphate de chaux.....	

Cette formule est imitée d'un remède secret employé dans l'Allemagne du Sud, dont voici la composition :

Fleur de soufre.....	6 gr.
Foie de soufre.....	1 gr. 3
Brique pilée.....	25 gr.

L'auteur a remplacé avec avantage la brique pilée par le phosphate de chaux.

La poudre sulfureuse, mélangée à un peu d'eau et appliquée pendant la nuit sur des pustules acnéiques douloureuses, donne parfois des résultats remarquables. Les pustules se dessèchent et disparaissent en un à deux jours. Les autres parties du visage sont simplement poudrées. On peut aussi prendre à l'intérieur le remède secret, mais en très petite quantité.

Les savons aux amandes amères sont nuisibles dans l'acné. Leur parfum est dû à l'huile de mirban (nitrobenzol), carbure d'hydrogène très irritant, qui, comme le goudron, peut occasionner une acné médicamenteuse.

Il faut additionner de poudre les pommades afin d'obtenir des pâtes plus consistantes. Toutefois, en raison de la tendance à transpirer qui est si fréquente et pour éviter cette espèce de colle qui en résulte et qui est un excellent terrain pour les bacilles et les cocci, il faut s'abstenir d'amidon et en général de poudres végétales; on doit, au contraire, choisir des substances minérales, oxyde de zinc, talc, désinfectants pulvérisés, bismuth, etc.

Selon Schütz, il ne faut avoir recours à l'incision des pustules acnéiques que dans l'acné indurée à la période de suppuration. L'incision précoce des nodosités acnéiques isolées provoque des inflammations qui menacent le voisinage et occasionnent souvent de nouvelles suppurations des glandes sébacées. Il est préférable, dans ces cas, d'appliquer un emplâtre de gutta-percha phéniqué et mercuriel que l'on alterne avec des compresses chaudes imbibées d'une solution à 2 p. 100 de carbonate de potasse dépuré.

Quant aux furoncles, il faut les recouvrir aussitôt que possible d'emplâtre mercuriel, puis une fois le furoncle arrivé à maturité, le presser doucement, au besoin introduire, d'après la méthode de Lassar, une fine curette par l'orifice de perforation et après le raclage, désinfecter avec une solution de chlorure de zinc à 10 p. 100, puis recouvrir de nouveau avec l'emplâtre mercuriel. Dans les furoncles simples, une incision précoce n'avance pas la guérison, mais produit parfois des cicatrices difformes. Dans la furunculose provoquée par les cols et les manchettes, qui survient souvent chez les malades acnéiques, il faut avant tout combattre les causes d'irritation, et par suite conseiller des cols bas, rabattus, des manchettes courtes, supprimer l'amidon, et recommander la rasure et le lavage fréquent des régions velues atteintes.

Dans les kystes athéromateux des joues on obtient un très bon résultat par une simple injection dans la cavité kystique de teinture d'iode pure, au moyen de la seringue Pravaz.

En ce qui concerne la séborrhée et l'eczéma séborrhéique du cuir chevelu, on sait que le remède spécifique est la pommade de soufre et d'acide salicylique (environ 3 : 1 : 30). Il est rarement nécessaire d'avoir recours aux pommades d'acide pyrogallique, de résorcine et de soufre, de chrysarobine. Comme traitement consécutif, Schütz s'est bien trouvé de l'emploi de lotions quotidiennes avec des solutions de chlorhydrate de quinine, sans aucune pommade :

Chlorhydrate de quinine .....	3 à 5 gr.
Eau distillée .....	100 gr.
Eau de laurier cerise.....	20 gr.
Alcool rectifié .....	50 à 100 gr.

Le traitement de l'acné rosacée se fait d'après les mêmes principes que pour l'acné simple, avec cette seule différence qu'il faut tenir un très grand compte de l'état hyperhémique de la peau malade. Aussi importe-t-il essentiellement de rétablir la circulation locale plusieurs fois par jour. Dans ce but, on recommande, en France, l'application courte mais fréquente d'éponges imbibées d'eau chaude. La rougeur artérielle disparaît alors dans l'espace d'une heure. Si dans l'acnée rosacée il existe des pustules, on les touche légèrement avec le doigt imbibé de :

Soufre précipité.....	) aa 1 gr. 2
Ammoniaque muriatique.....	
Alcool camphré .....	2 gr. 4
Vinaigre acétique.....	) aa 4 gr.
Liqueur de cuivre muriato-ammoniacale.....	
Eau de laurier-cerise .....	) aa 15 gr.
Eau de rose .....	

Dans les cas où l'acné est entretenue par des troubles des voies digestives, surtout par des fermentations gastro-intestinales, l'auteur conseille tout particulièrement l'usage de la solution suivante :

Thymol .....	0,2 décigr.
Faites dissoudre dans esprit de vin rectifié...	25 gr.
Ajoutez : eau distillée...	150 gr.

une cuillerée à soupe dans un verre d'eau, à 10 heures du matin et à 5 heures du soir.

L'auteur insiste ensuite beaucoup sur le régime auquel on doit soumettre les malades; il entre à cet égard dans les plus grands détails; c'est en effet là un des points les plus essentiels dans le traitement de certaines variétés d'acné.

En cas de constipation habituelle il prescrit, d'après Spender, les pilules suivantes :

Extrait d'aloès socotrin.....	5 décigr.
Sulfate de fer.....	3 gr.
Extrait de belladone .....	25 centigr.
Suc et racines de réglisse.....	q. s.

pour 50 pilules.

De une à trois pilules chaque jour après le repas.

A. DOYON.

**Des dermatonévroses et de leur traitement.** — **LELOIR.** Ueber Dermatonerosen und ihre Behandlung. (*Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1894, t. XXIX, p. 197.)

Sous le nom de dermatonévroses, l'auteur désigne toutes les maladies de la peau qui sont occasionnées par un trouble du système nerveux central, ganglionnaire ou périphérique. On peut les diviser en cinq classes :

1° Les dermatonévroses de la sensibilité pure, qui présentent comme seul et unique symptôme des phénomènes subjectifs, des troubles de la sensibilité de la peau. Ce sont : a) les différentes variétés d'hyperesthésie de la peau, avant tout le prurit, puis l'hyperesthésie au sens strict du mot, la dermalgie, l'hyperalgie, la paresthésie, etc.; b) les diverses espèces d'anesthésie de la peau.

2° Les dermatonévroses de la motilité pure, telles sont les affections de la peau d'origine nerveuse, caractérisées par un seul et unique symptôme : la contraction des fibres musculaires, principalement des muscles érecteurs des poils. Leur type est la peau ansérine.

3° Les angionévroses pures ou névroses vaso-motrices de la peau : affections de la peau d'origine nerveuse, caractérisées par des phénomènes qui proviennent de la dilatation ou de la contraction anormale des vaisseaux sanguins et des troubles de nutrition qui peuvent en être la conséquence. Ce sont certaines hyperhémies de la peau et érythèmes, certaines anémies de la peau, les syncopes locales des membres, quelques œdèmes de la peau, l'urticaire et certaines hémorrhagies cutanées.

4° Les dermatonévroses trophiques ou trophonévroses de la peau. On peut les diviser en deux groupes, suivant qu'on a affaire à une trophonévrose pure de la peau sans symptômes vaso-moteurs quelconques ou, au contraire, à une forme mixte, c'est-à-dire à une affection de la peau, d'origine nerveuse, dans laquelle les troubles vaso-moteurs, en connexion avec les troubles trophiques proprement dits, occasionnent l'altération de la peau. Cette classe comprend un très grand nombre de maladies, avec ou sans efflorescences. Ces dermatonévroses trophiques sont fréquemment liées à des altérations très rebelles et violentes de l'influence nerveuse. De ce nombre sont les érythèmes chroniques et les dermatites plus ou moins superficielles; certains eczémas; certaines variétés de lichen; certaines formes d'herpès, de pemphigus; certaines formes d'ecthyma; certaines ulcérations trophiques encore peu étudiées (le mal perforant); des états gangréneux : gangrène symétrique des membres, gangrène d'origine nerveuse, décubitus aigu, etc.; certains œdèmes, certains éléphantiasis; sclérèmes; sclérodermie (?), morphée (?), etc.; la lèpre du système nerveux; certaines formes d'ichtyose; certaines hyperkératoses et callosités; des troubles dans la pigmentation de la peau, augmentation et diminution du pigment, vitiligo.

5° Les dermatonévroses glandulaires, caractérisées par un trouble de la sécrétion glandulaire consécutif à un trouble fonctionnel du système nerveux. Ce sont : a) névroses des glandes sudoripares, telles que l'hyperidrose, l'anidrose (?), l'hématidrose (?); b) des névroses des glandes

sébacées, peut-être certaines variétés de l'acné rosée, certaines séborrhées; c) des névroses des follicules pileux et certaines variétés de canitie, d'alopécie, les formes trophonerveuses de la pelade; d) névroses du lit unguéal : nécrose des ongles, différentes déformations et altérations des ongles.

Quant au traitement, il importe avant tout d'empêcher le contact de l'air et des irritations extérieures, ainsi que le frottement et le grattage de la peau. Ce qui réussit le mieux dans ces cas, ce sont les pansements par occlusion avec des pâtes et des pommades étendues en couches épaisses sur de la toile; la gélatine recouverte d'ouate; les savons; les vernis et les emplâtres médicamenteux, etc.

Dans quelques cas de dermatonévrose très prurigineuse, les scarifications ou les piqûres avec une aiguille fine ont donné de bons résultats.

On a obtenu aussi quelques succès des dérivatifs : moxas, teinture d'iode, pulvérisations de chlorure d'éthyle ou de chloroforme sur la moelle et les cordons nerveux; il en a été de même de douches obliques tièdes sur le trajet de la colonne vertébrale.

De nombreux auteurs ont recommandé le courant galvanique et le courant induit dans le traitement des ulcères trophiques.

Duncan Bulkley, etc., ont conseillé le courant continu dans le traitement de la morphée et du vitiligo.

Leloir a guéri, au moyen de l'électrolyse, plusieurs cas de prurit de la peau, de prurit vulvaire et anal, qui avaient résisté à tous les autres traitements; mais c'est une méthode très douloureuse et qui ne peut s'appliquer qu'à des cas très localisés de prurit.

La faradisation ne lui a donné que des résultats très incertains.

Depuis environ deux ans, l'auteur a employé, avec un succès tout à fait inespéré, l'électricité statique dans à peu près 25 cas de prurit localisé ou généralisé très tenace qui avaient résisté à toute espèce de médication.

Quant au traitement interne, il comprend un très vaste domaine et il variera suivant chaque malade; mais la quinine, l'ergotine, l'iodure, le bromure de potassium, le bromure de camphre, etc., rendent parfois des services.

On voit combien ce traitement des dermatonévroses est difficile et variable, mais il a gagné en précision, en étendue, depuis qu'on a enfin reconnu que, dans bon nombre de cas, la peau doit être regardée comme le miroir du système nerveux.

A. DORON.

**Nature de l'eczéma.** — BREDÁ. Das Ekzem und seine Natur. (*Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1894, t. XXIX, p. 179.)

Pour éviter les discussions inutiles, il importe d'établir d'une manière positive ce qu'on entend par eczéma.

Il faut séparer de l'eczéma les affections suivantes : l'érythrasma, l'eczéma marginé, la staphylococcie (Wickham), la maladie de Paget, la dysidrose, le mycosis fongoïde à sa première période, la tuberculose cutanée à toutes les périodes et de n'importe quelle forme, les différentes dermatites nerveuses, la kératodermie, en y comprenant la kératodermite

plus diffuse, l'eczématisation et la lichénification dans le sens où Besnier, Brocq et Jacquet entendent ces mots. L'eczéma séborrhéique d'Unna, qui peut survenir d'une manière aiguë (Vidal) et dans des régions dépourvues de glandes (prolabium de Dubreuilh) et qui, dans ses deux premières périodes, n'a rien de commun avec l'eczéma, comme on l'admet en général, ne se transforme jamais en séborrhée et ne s'accompagne que d'une très forte infiltration des glandes sébacées et sudoripares (Breda), semble mériter une explication à part.

Quand même on serait disposé à regarder l'eczéma comme une dermatite superficielle (enchidermatite), non contagieuse, à formes multiples, prurigineuse, le plus souvent chronique et ayant de la tendance à s'étendre, récidivant facilement sous l'influence de causes internes, ne laissant pas de cicatrices (Breda), l'auteur ne croit cependant pas qu'il y ait lieu de rejeter tout ce que les théories de l'herpétisme (Pidoux, Bazin) et de l'arthritisme nous ont enseigné. Les idées et les expérimentations de Gigot Suard et de Quinquaud (uricémie) sont bien plus séduisantes que la théorie des parasites.

Des dispositions héréditaires ou même acquises qui peu à peu augmentent de plus en plus, un certain état de vulnérabilité de la peau en soi et par rapport aux organes internes et à leurs produits, l'influence multiple des produits d'excrétion des divers organes de sécrétion, certains troubles dans leur action respective, enfin la biochimie et la physiologie permettent de comprendre l'étiologie de l'eczéma.

L'innervation joue un rôle très important dans la genèse d'un eczéma provoqué uniquement par des causes externes; cependant des irritants externes que l'on a fait agir sur la peau de différents individus, chez lesquels les diverses espèces d'innervation ont produit des troubles variés, ne sont pas à même de déterminer un eczéma; seules, des substances irritantes et déterminant de la rougeur et des vésications peuvent provoquer de l'eczéma chez les individus les plus différents.

Le traitement dérivatif ne donne qu'exceptionnellement de bons résultats dans l'eczéma.

A. DOYON.

**Érythème polymorphe.** — Bosc. Étude sur deux cas d'une maladie générale infectieuse d'origine intestinale, caractérisée par un érythème polymorphe desquamatif généralisé, etc. (*Revue de médecine*, août 1894, p. 629.)

L'auteur résume dans le très long titre de son mémoire — qu'il faut continuer de la façon suivante : ..... caractérisée par un érythème polymorphe desquamatif généralisé, de la fièvre, une constipation opiniâtre, évoluant en rapport constant et par poussées successives et causée par un micro-organisme voisin du coli-bacille, — la symptomatologie d'une affection dont il a observé 2 cas.

Dans le premier de ces cas, il s'agit d'un homme de 21 ans, soigné pour une prostatite suppurée, au cours de laquelle survint brusquement une éruption de taches érythémateuses généralisées, avec les caractères rapelés ci-dessus; mort au bout d'un mois.



Dans le deuxième, une femme de 20 ans fut prise des mêmes symptômes dans le cours d'une santé parfaite ; l'éruption revêtait le type scarlatiniforme ; guérison.

Ces faits sont d'interprétation très embarrassante, malgré les résultats positifs de l'examen bactériologique des organes (rate, prostate, sang du cœur) du premier malade et l'isolement d'un bacille capable de reproduire chez les animaux les principaux symptômes de la maladie, et en particulier un érythème très prononcé accompagné de fièvre. D'après l'auteur, il s'agit d'une auto-intoxication stercorémique consécutive à des troubles intestinaux.

GEORGES THIBERGE.

**Érythème strié.** — W. PETER. *Erythema striatum*. (*Dermatol. Zeitschrift*, 1894, t. I, p. 265.)

L'auteur a eu l'occasion d'observer plusieurs cas de cette affection. D'après l'histoire des malades, voici le complexus symptomatique : il s'agit de sujets jeunes, en général du sexe féminin, retardés dans leur développement. L'éruption de la peau, chez ces malades, était accompagnée de troubles plus ou moins caractérisés de l'état général. Les poussées éruptives étaient limitées à la face d'extension des mains et des pieds, aux bras et à la face. Il se développait dans ces régions, avec une sensation de brûlure, des rougeurs en forme de traînées, comme si elles étaient tracées avec une règle, qui souvent au bout de quelques heures devenaient humides et se recouvraient de croûtes. Après environ une semaine, ces rougeurs guérissaient en laissant une pigmentation de peu de durée, mais sans cicatrices. Il se produit ensuite des poussées successives dans d'autres points ou sur les mêmes points, la maladie totale dure de huit à dix semaines. Cependant il existe une grande tendance aux récurrences, qui se produisent de préférence au printemps et à l'automne.

Il ne s'agit pas ici d'une maladie nouvelle mais d'une simple variété d'érythème multiforme, et comme, suivant les symptômes, on emploie la dénomination d'érythème annulaire, papuleux, bulleux, on est aussi autorisé, pour la forme décrite ci-dessus, à choisir la dénomination d'érythème strié. Cet érythème correspond au trajet des gros vaisseaux lymphatiques.

A. DOYON.

**Esthiomène.** — W. DUBREUILH et P. BRAU. De l'esthiomène ou ulcère chronique de la vulve. (*Archives cliniques de Bordeaux*, décembre 1894, p. 533.)

Les auteurs, à propos de quatre observations personnelles de lésions présentant les caractères assignés par Huguier à l'esthiomène de la vulve, reprennent l'étude de cette affection.

Ils en admettent deux formes cliniques, la forme ulcéreuse qui pourrait être considérée comme le premier stade de la maladie, et la forme hypertrophique ou ulcéro-hypertrophique qui est la maladie arrivée à son complet développement, et rejettent les autres formes décrites par Huguier comme n'ayant pas une individualité suffisante ou se rapportant à des affections différentes de l'esthiomène.

Nous n'insisterons pas sur la description clinique donnée par Dubreuilh et Brau, description qui se rapproche beaucoup de celle de Huguier.

L'examen histologique montre un tissu conjonctif à fibres minces, enchevêtrées irrégulièrement, mêlé de cellules rondes abondantes, dans lequel la recherche des microbes pathogènes donne des résultats négatifs.

Le point le plus important du mémoire que nous analysons est la discussion de la nature de l'esthiomène. Pour ces auteurs, l'esthiomène de la vulve peut être comparé à l'ulcère variqueux de la jambe ; il s'agit d'une ulcération chronique de la vulve, d'origine variable, entretenue par de mauvaises conditions locales et générales et accompagnée d'une lymphangite hyperplasique. On ne doit pas confondre l'esthiomène avec les épithéliomas, les syphilides et le lupus des organes génitaux, que Huguier avait englobés dans une description commune et que les auteurs récents croient constituer toute l'affection ; d'ailleurs le lupus de la vulve est très rare et peut-être même contestable. On doit donc conserver le nom d'esthiomène, lequel étymologiquement signifie ulcère rongeur, pour l'appliquer aux ulcères chroniques simples qui ne peuvent être rangés dans les épithéliomas et les syphilides.

Ainsi rajeunie et simplifiée, la question de l'esthiomène ne pourra manquer d'attirer l'attention des observateurs. GEORGES THIBIERGE.

**Hydroa vacciniforme.** — C. BÆCK. Vier Fälle von Hydroa vacciniforme, Bazin. (*Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis*, 1894, t. I, p. 22.)

L'affection décrite par Bazin il y a plus de trente ans, et désignée par lui sous le nom d'hydroa vacciniforme, était jusqu'à ces derniers temps une maladie non seulement « négligée », mais tout à fait oubliée. Ce n'est qu'à partir de 1888 que Jonathan Hutchinson l'a décrite de nouveau à plusieurs reprises sous le nom de « *summereruption* », et a ainsi appelé l'attention sur une éruption intéressante à plusieurs points de vue. En dépit des publications d'Hutchinson, Handford, Jamiesson, Berliner, Buri et Broes van Dort, les cas connus jusqu'à ce jour sont assez rares, et de nouvelles observations sont certainement très désirables. Et cela d'autant plus que la maladie, en somme très typique, peut présenter cependant des caractères assez variables suivant son plus ou moins d'intensité, son extension plus ou moins grande. Bien que dans la plupart des cas ce soit une maladie plus gênante que dangereuse, elle peut être parfois assez sérieuse, comme l'indiquent quelques-unes des planches présentées par Hutchinson au Congrès de Berlin et au Congrès dermatologique de Vienne.

L'auteur rapporte ensuite quatre cas de cette affection, les trois premiers très typiques :

*Cas I.* — Il s'agit d'un garçon de 9 ans chez lequel la maladie s'était manifestée trois étés de suite. Actuellement elle apparaît symétriquement sur les deux joues, atteint très légèrement le front, mais avant tout les bords et la face antérieure des deux oreilles. Elle se présente sous forme de vésicules profondément situées, et de petites bulles dont la grosseur varie de celle d'une pointe d'aiguille à celle d'un pois et même

davantage. Sur la face dorsale de la main droite, quelques lésions ayant à peine la grosseur d'une tête d'aiguille. Sur les régions indiquées ci-dessus il y a en outre de nombreuses cicatrices plus ou moins étendues, en partie assez profondes, laissées par les éruptions antérieures.

Comme traitement, Bœck prescrivit seulement des lavages, deux fois par jour, avec un mélange à parties égales d'eau phéniquée et d'eau blanche, suivis d'application de poudre. Onze jours après, l'exanthème des joues avait complètement disparu, et il ne restait que des cicatrices peu profondes, recouvertes d'épiderme.

*Cas II.* — Garçon de 3 ans et demi. La première éruption aurait eu lieu deux ans auparavant, lorsque l'enfant fut porté à l'air libre au printemps pour la première fois. Il se produisit alors sur le nez et les joues, ainsi que sur la face d'extension des avant-bras et la face dorsale des mains, une éruption de papules et de vésicules qui se desséchèrent en croûtes, et après leur chute laissèrent des cicatrices. L'éruption est revenue au printemps et l'été de l'année précédente, et cette année aussi, à la même époque, lorsque l'enfant a été exposé à l'air. Actuellement, l'éruption existe sur le nez, les joues, les oreilles et la face dorsale des mains. Au centre de quelques-unes de ces efflorescences se voient par transparence des points violets, des vaisseaux dilatés et de petites hémorrhagies profondes, exactement comme on peut l'observer dans certains cas d'acné frontale et nécrobiotique.

L'auteur, après avoir décrit ces deux autres cas, ajoute quelques remarques concernant le processus de cette affection. Il survient brusquement dans des régions nettement limitées de la peau une exsudation abondante qui infiltre tout particulièrement l'épiderme, ainsi qu'une partie du derme sous-jacent. Le résultat est la formation de papules et d'élevures papuleuses, ou même immédiatement de bulles pâles, blanchâtres, demi-transparentes, de la grosseur d'une tête d'aiguille à celle d'un pois et même davantage, toutes efflorescences très dures. Le derme participe dès le début au processus morbide, ainsi que le démontre la présence de petits points rouge violet, visibles au fond des efflorescences, et dus à des vaisseaux papillaires dilatés ou à de petites hémorrhagies. Le processus aboutit ici à une gangrène sèche de la peau, tout comme dans l'acné nécrobiotique.

Mais ce qui est intéressant, c'est le rôle étiologique évident de la lumière du jour. On ne saurait actuellement dire si cette action a lieu directement sur les cellules de la peau par l'intermédiaire des nerfs cutanés; toutefois, le fait que non seulement l'épiderme, mais en même temps le derme réagissent immédiatement, même par une forte dilatation des vaisseaux et par des hémorrhagies, paraît venir à l'appui de l'intervention directe des nerfs.

A. DOYON.

**Leucoplasie buccale.** — W. LEWIN. *Leukoplatia buccalis.*  
(Berl. klin. Wochenschrift, 1894, p. 911).

Bien que d'après Schwimmer, la syphilis ne saurait jouer un rôle dans l'étiologie de la leucoplasie buccale, et que par suite il déconseille tout

traitement mercuriel, voici un cas qui, selon l'auteur, autorise une autre interprétation.

Femme de 62 ans. Sur la langue, deux plaques jaune gris situées presque parallèlement sur les bords. Elles occupaient à peu près le tiers moyen de l'organe, étaient de forme ovale allongée, et avaient une longueur d'environ 4 centim. Sur la muqueuse avoisinante, plaques irrégulières analogues.

Plusieurs années auparavant, l'auteur avait traité cette malade pour un psoriasis palmaire. Actuellement, cette femme est atteinte de psoriasis.

D'après les renseignements recueillis auprès de la malade, Lewin n'est pas éloigné de croire qu'elle a été contaminée par son mari.

L'iodure de potassium n'ayant donné aucun résultat, l'auteur prescrit une cure de frictions; sous leur influence, les plaques de psoriasis disparaurent en laissant des pigmentations brunes; il en fut de même des plaques de la langue.

A. DOYON.

**Leucokératose buccale.** — R. STANZIALE. Nota istologica sulla leucokeratosi buccale (psoriasi buccale). (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, décembre 1894, p. 538.)

Stanziale a examiné des taches de leucokératose linguale provenant de quatre malades.

Il a constaté l'épaississement notable de la couche cornée de la muqueuse, à la partie inférieure de laquelle quelques cellules sont nucléées et, parmi elles, certaines renferment des granulations d'éléidine; la couche granuleuse est encore relativement plus hypertrophiée et est, en quelques points, formée de six et sept couches de cellules; le corps muqueux est d'une façon générale légèrement aminci. A la limite des taches de leucokératose, les lésions s'arrêtent brusquement ou à peu près. Dans le derme, on trouve, au niveau des plaques malades, une légère infiltration de petites cellules, disséminées irrégulièrement en plus ou moins grande quantité, ou réunies en petits amas, surtout accusée autour des vaisseaux.

Dans tous les cas, sur quelques préparations, il existait un petit nombre d'éléments de dimensions et de formes variées, ovoïdes, arrondis, piriformes ou irréguliers, formés d'une membrane réfringente à double contour, et contenant une substance homogène, ou finement granuleuse, occupant toute la cavité ou limitée à une partie de son étendue; ces éléments sont parfois réduits à une paroi vide, ou renfermant un corps plus ou moins ovoïde, opaque dans toute son étendue.

Ces éléments, qui s'observent sur les pièces fraîches et sur les coupes après durcissement, sont identiques à ceux que l'on rencontre dans diverses tumeurs épithéliales; Stanziale déclare qu'il ne peut donner une explication satisfaisante de leur nature.

Pour lui, comme pour Leloir dont il confirme la description, la leucokératose est, au début, une affection à type hyperkératinisant.

GEORGES THIBERGE.

**Lymphangiome.** — BOURGSDORF. Un cas de lymphangiome simple des bourses. (*Wratsch*, 1894, n° 33, 34, p. 903 et 933.)

Un homme de 31 ans, Perse, est entré dans le service du professeur Gué pour une éruption des bourses. Cette éruption est constituée par un grand nombre de nodules disséminés, grisâtres, élastiques, indolores à la palpation, coniques ou aplatis, des dimensions d'une tête d'épingle à celle d'une lentille. Ils prédominent sur la face antérieure des bourses et siègent surtout sur le sommet des plis de la peau. A la pression, le contenu de ces formations est chassé dans les tissus sous-jacents et reparait dès que la pression cesse. Nulle part on ne trouvait de traces de rupture de ces vésicules. Il ne s'agissait pas d'éruption d'herpès génital, car celui-ci siège rarement aux bourses ; l'éruption est plus confluyente ; les vésicules se rompent facilement. On ne trouvait pas non plus des caractères qui pourraient faire songer à du zona, ni au pemphigus, ni enfin à l'eczéma. Non seulement il n'y avait pas trace d'ulcérations, de vésicules rompues, mais il fallait faire un certain effort pour traverser la peau qui couvrait ces vésicules (pour examiner le contenu) ; mais dès que la piqûre fut faite, il s'en écoula un liquide jaunâtre transparent et en quantité telle qu'au bout de trois minutes on en recueillait un tube à essai ; en même temps les vésicules voisines s'affaîssèrent légèrement. Le liquide ainsi recueilli était de réaction faiblement alcaline, et s'est bientôt pris en une masse gélatineuse.

D'après le malade, son éruption s'est montrée à l'âge de 8 ans ; depuis elle n'est presque pas modifiée, ne le gêne pas. Deux ou trois fois par an, sans cause connue, les vésicules se rompent et laissent écouler un liquide analogue à celui que l'auteur a obtenu par la piqûre, mais en quantité beaucoup plus abondante.

Le reste de la peau des bourses est normal. Rien non plus à signaler sur les autres points de la surface cutanée, ni sur les muqueuses, les ganglions, ni dans aucun des viscères. (L'examen histologique de la peau atteinte n'a pu être fait.)

S. BROÏDO.

**Parasites animaux.** — W. DUBREUILH. Les diptères cuticoles chez l'homme. (*Archives de médecine expérimentale*, mars 1894, p. 328.)

Revue générale très complète sur cette question de pathologie exotique dont les documents, d'ailleurs souvent incomplets, sont disséminés dans des recueils peu répandus.

GEORGES THIBIERGE.

— P. GRADENIGO. Sopra un caso di dermatobia noxialis in un bambino lattante. (*Atti del R. Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti*, t. V, 1893-1894.)

Enfant de trois mois, ramené depuis peu du Brésil. Il y a vingt-cinq jours, apparition sans cause connue d'un gonflement énorme de la paupière supérieure gauche et des tissus voisins, qui avait augmenté surtout dans les derniers jours de la traversée.

Paupière supérieure chaude, assez douloureuse, de coloration rouge livide, recouvrant la paupière inférieure; la tuméfaction s'étendait profondément, occupant tout l'espace périoculaire, limitée en haut et en dehors par le bord osseux de l'orbite. Sur cette tuméfaction, deux petits orifices mesurant moins de 2 millim. de large, l'un en dehors du conduit lacrymal supérieur, l'autre à la partie moyenne du ligament palpébral interne. De ces orifices sortait une sorte de cylindre de coloration claire, à extrémité lisse convexe, légèrement pigmentée, qui au plus léger attouchement rentrait dans l'orifice. La traction amena hors de l'orifice interne un corps ayant l'aspect d'un fil de 4 centim. de longueur, qui se cassa; on put extraire le reste de l'animal par la simple pression du doigt. Le parasite contenu dans l'autre trajet fut extrait en entier par incision de la paupière; il formait une masse ovoïde allongée, de 14 à 15 millim., de coloration cendré clair, tachetée de jaune à son extrémité faciale, gris obscur à la partie supérieure du thorax, d'un bleu brillant sur l'abdomen. Au microscope, on constatait sur la face, munie de mandibules, quelques poils latéraux, et sur le thorax douze anneaux ou couronnes de crochets résistants, de coloration foncée. L'enfant guérit rapidement à la suite de lavages antiseptiques.

GEORGES THIBIERGE.

**Pied de Madura.** — H. VINCENT. Étude sur le parasite du « pied de Madura ». (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1894, n° 3, p. 129.)

Vincent reprend dans ce mémoire l'étude du parasite qu'il a rencontré dans un fait dont il a publié la relation avec Gémy dans le numéro de mai 1892 des *Annales de Dermatologie*, sous le nom d'affection parasitaire du pied non encore décrite (variété de pied de Madura ?) : il considère aujourd'hui ce fait comme un cas net de pied de Madura.

Ce parasite, qui forme dans les lésions des grumeaux ressemblant beaucoup aux granulations de l'actinomycose, est constitué par des filaments droits ou flexueux pourvus de ramifications; en raison de ces caractères, Vincent le dénomme *Streptothrix Madura*; ses rameaux très grêles offrent, à la périphérie des bouquets, et dans les points qui n'ont pas été trop dissociés par frottement, une disposition manifestement rayonnée, comme dans l'actinomycose, mais différant de celle-ci par l'absence des formes en crosse et en masse.

Les milieux les plus favorables pour la culture du parasite sont les infusions végétales non neutralisées et par conséquent légèrement acides (foin, paille, légumes), où il forme, à partir du quatrième ou du cinquième jour, de petits flocons blanc grisâtre dont la plupart touchent au fond du ballon.

Il donne sur la gélatine ordinaire une culture blanche peu abondante, se cultive mieux sur la gélatine préparée avec une infusion de foin ou de pomme de terre, ne liquéfie pas la gélatine, cultive assez mal sur la gélose ordinaire; sur la pomme de terre, il forme dès le cinquième jour de petites éminences incolores ou blanchâtres se réunissant plus tard en végétations mamelonnées ou mûriformes. Ce microbe est uniquement aérobic.



Il se colore très bien par les dérivés basiques d'aniline, se teinte plus faiblement par la safranine, l'éosine, prend la coloration de Gram ou celle de Weigert, prend une teinte violette par l'hématoxyline.

Les inoculations au lapin, au cobaye, à la souris, au chat ont été négatives.

L'examen microscopique des lésions montre la présence de nodules, ou mieux de tubercules, renfermant à leur centre un bloc mycélien, constitué par un épais feutrage; les nodules sont formés de cellules embryonnaires avec quelques cellules fusiformes et de très rares cellules géantes, sans zone vitrifiée ou calcaire comme dans l'actinomycose; les nodules sont sillonnés de nombreux capillaires à parois embryonnaires, et qui se rompent parfois dans le nodule en laissant les foyers d'infiltration hémorragique souvent très étendus. A un fort grossissement, on voit, dans le tissu qui confine à la périphérie du parasite, des striations à direction uniformément excentrique ou radiée; cette couche radiée a une épaisseur de 15 à 25  $\mu$ , est parsemée de très nombreuses cellules leucocytaires plus abondantes à la périphérie de la couche que vers son centre; cette apparence striée semble due à la dégénérescence des nombreux filaments périphériques du streptothrix sur lesquels les matières colorantes n'ont plus de prise.

Vincent différencie ce parasite de l'actinomyces par de nombreux caractères tirés des cultures comparatives qu'il en a faites.

On voit que les recherches de Vincent donnent des résultats assez différents de ceux des auteurs qui ont étudié précédemment le pied de Madura. Reste à savoir si ce même parasite est l'agent pathogène des différentes formes du pied de Madura et si le cas observé par Vincent est bien réellement identique à ceux qu'on rencontre dans l'Inde.

GEORGES THIBIERGE.

**Pied de Madura.** — LE DANTEC. Étude bactériologique sur le « pied de Madura » du Sénégal (variété truffoïde). (*Archives de médecine navale et coloniale*, décembre 1894, p. 447.)

L'auteur a eu l'occasion d'examiner un « pied de Madura », amputé cinq ans après son début, chez un sujet originaire des environs de Podor: ce pied présentait de nombreux cratères par lesquels sortaient de temps en temps des grains noirs en forme de fraise, dont la grosseur variait du volume de grains de plomb de chasse à celui d'un pois.

Ces grains, insolubles dans la potasse et dans l'acide chlorhydrique, se dissolvaient à chaud dans l'acide azotique en colorant le liquide en jaune rouge et paraissaient, à l'examen microscopique, formés de blocs amorphes d'aspect brun jaunâtre; on y voyait de petits flocons intimement unis aux granulations mélaniques et formés d'amas de petits bacilles, non disposés en chaînettes, avec quelques formes en coccus.

Ces bacilles ne cultivaient pas directement sur milieux solides; mais, après plusieurs passages en milieu liquide, ils cultivaient sur agar, formant des colonies d'abord grisâtres, puis bientôt rouges, couleur de rouille, formées de bacilles courts (3-4  $\mu$ ) sans ramifications; dans le bouillon, ils

se fragmentent et rappellent l'aspect des strepto-bacilles. Ce bacille diffère de celui rencontré par Vincent dans un cas de pied de Madura, de la variété pâte, par l'absence de culture sur la pomme de terre, le chou, la carotte et le bouillon de foin. Il n'est pas pathogène pour le lapin ni pour le cobaye.

Le Dantec fait remarquer que le pied de Madura n'est pas spécial à l'Inde, qu'on l'a rencontré à la Réunion (Collas), au Chili (Layet), en Sénégambie (Béranger-Féraud), en Amérique (Kemper), en Italie (Bassini), en Algérie (Gémy et Vincent). Dans l'Inde, on en observe deux variétés : mélanique, jaune paille, et peut-être une troisième, la rouge, qui semblent dues chacune à un parasite spécial ; peut-être même le microbe de la variété noire n'est-il pas le même dans toutes les contrées du globe.

GEORGES THIBIERGE.

**Pityriasis rosé.** — M. Oro et L. Mosca. — Sulla pityriasis rosea di Gibert; ricerca clinica, anatomo-patologica, batteriologica e sperimentali. (*Commentario clinico delle malattie cutanee e genito-urinarie*, 1893, p. 118 et 207; 1894, p. 98.)

Les auteurs résument l'histoire clinique du pityriasis rosé dont ils rapportent onze observations personnelles. La partie la plus intéressante de leur mémoire a trait à l'anatomie pathologique de cette affection.

Ils ont constaté une desquamation prononcée de la couche cornée, avec état normal de la couche granuleuse. Dans le corps muqueux, quelques cellules présentent une certaine rétraction du protoplasma autour du noyau, et par place le noyau lui-même est déformé et devient semi-lunaire ; dans d'autres cellules, le noyau est gonflé, transparent, vésiculeux. Dans le derme, dilatation modérée des vaisseaux des papilles et des vaisseaux superficiels, avec migration de cellules embryonnaires au voisinage des vaisseaux et dans les mailles du tissu cellulaire des papilles et des couches superficielles du derme ; dans les couches profondes, mêmes lésions mais moins accusées. A la période de régression des éléments, à peine quelques traces de desquamation de la couche cornée et éléments embryonnaires assez rares. Les terminaisons nerveuses ne présentent aucune altération.

L'étude bactériologique des squames a permis aux auteurs de constater la présence du bacillus subtilis, du staphylocoque doré et du streptocoque pyogène ; mais ils n'ont trouvé aucun micro-organisme propre à la maladie ni dans les squames, ni dans le sang. Ils concluent de ces recherches que le pityriasis rosé doit être considéré comme un pseudo-exanthème.

GEORGES THIBIERGE.

**Pityriasis versicolore.** — L. LEISTIKOW. Zur Behandlung der Pityriasis versicolor. (*Monatshefte f. prak. Dermatologie*, 1895, t. XX, p. 158.)

L'auteur a employé, après Tommasoli, pendant longtemps et avec succès, le soufre précipité sous forme de poudre. Peut-être faut-il attribuer son action à l'acide sulfureux qui se forme sur la peau. La pensée lui vint alors tout naturellement d'employer cet acide sur la peau et se rappelant

que Unna, à l'occasion de ses recherches sur la lanoline, avait trouvé que la solution de bisulfate de chaux incorporée dans une pommade de lanoline développait de l'acide sulfureux sur la peau, il prescrivit, dans le pityriasis versicolore, la pommade suivante :

Lanoline.....	10 part.
Vaseline.....	20 —
Solution de bisulfite de calcium.....	40 à 60 —

Les résultats furent très satisfaisants. Depuis deux ans, Leistikow a remplacé la lanoline par l'adepts lanæ. Dans tous les cas de pityriasis versicolore, il conseille actuellement la pommade suivante :

Solution de bisulfite de calcium.....	60 gr.
Adepts lanæ, vaseline, aa.....	20 —

Pour éviter les récidives, il recommande aux malades des savonnages une fois chaque semaine, pendant un à deux mois, avec le savon de quinine.

A. DOYON.

**Pityriasis rubra.** — W. PETER. Ueber Pityriasis rubra und die Beziehungen zwischen Hautkrankheiten und Pseudoleukaemie. (*Dermatol. Zeitschrift*, 1894, t. I, p. 345.)

Déjà, en 1883, v. Rinecker a montré que, dans le pityriasis rubra, la cause de l'anomalie de kératinisation tenait très probablement à un trouble général de la nutrition ; dans plusieurs cas, on a trouvé à l'autopsie la diathèse tuberculeuse.

Plus récemment, Jadassohn a, dans trois cas qu'il a observés, rencontré deux fois la tuberculose des ganglions lymphatiques et des organes internes ; sur les 16 cas consignés dans la science, dont 7 furent autopsiés, 6 étaient compliqués de tuberculose.

L'auteur rapporte un cas de pityriasis rubra qu'il a observé dans l'été de 1892, chez un homme de 42 ans, à l'hôpital de Friedrichshain. En dehors des lésions de la peau, il existait, avec une élévation de la température, une hypertrophie légère du foie et de la rate. Mais le symptôme le plus frappant était une augmentation brusque et rapide des ganglions axillaires et inguinaux légèrement hypertrophiés dès le début. Les ganglions axillaires atteignaient la grosseur d'une pomme, les ganglions sous-maxillaires commençaient à participer à l'hyperplasie. La tuméfaction énorme et rapide des ganglions, la présence d'une tumeur de la rate et l'état normal du sang faisant soupçonner une pseudo-leucémie, on prescrivit une solution d'arsénite de potasse qui amena promptement le retour de la température à l'état normal et une diminution rapide du volume des ganglions. Mais l'état s'aggrava de nouveau et le malade succomba quelques semaines plus tard dans un collapsus subit.

L'autopsie confirma le diagnostic de pseudo-leucémie. L'examen microscopique de la rate, des ganglions lymphatiques et des fragments de peau excisés dans différentes régions donna à peu près les mêmes résultats que ceux déjà obtenus par H. v. Hebra, Tommasoli, Elsenberg, Petrini et Jadassohn dans le pityriasis rubra. Quelques différences s'expliquent par

les phases diverses dans lesquelles on observait la maladie et par des phénomènes secondaires plus ou moins caractérisés.

On a été obligé, d'après les données cliniques et les résultats de l'autopsie, de rejeter tout rapport entre la tuberculose et le pityriasis rubra, tout au moins en ce sens que la tuberculose en tant que tuberculose serait une cause de la maladie de la peau ; néanmoins l'hypothèse de v. Rinecker est encore admissible, à savoir que des états cachectiques, occasionnés soit par la tuberculose, soit par d'autres maladies chroniques, seraient la cause du pityriasis rubra. Dans le cas actuel, on pouvait donc se demander si la pseudo-leucémie était une cause de ce genre.

Chez le malade dont il est ici question l'affection de la peau existait depuis longtemps et avait atteint sa plus grande intensité lorsque les ganglions lymphatiques se tuméfièrent rapidement.

Ce n'est que pendant le séjour du malade à l'hôpital que les ganglions axillaires commencèrent à se tuméfier subitement ; il en fut de même, bientôt après, des autres ganglions, de sorte que, avec une hypertrophie modérée de la rate et l'état normal du sang, on pensa à une pseudo-leucémie. Il semble donc impossible d'attribuer la maladie de la peau à cette pseudo-leucémie ou à une cachexie occasionnée par elle. Il reste à savoir si, au contraire, la maladie de la peau n'aurait pas favorisé l'apparition de la pseudo-leucémie. Un grand nombre d'observations analogues viennent à l'appui de cette manière de voir.

Epstein, Falkenthal et Meyer ont trouvé l'engorgement primaire des ganglions dans la pseudo-leucémie consécutivement à la carie des molaires ; Westphal, après des processus ulcéreux des amygdales, la suppuration de l'oreille moyenne, de la mâchoire inférieure ; Mosler admet comme point de départ la diphtérie du pharynx ; Ponfick, un abcès de l'amygdale avec engorgement des ganglions cervicaux régionaux. On peut se demander s'il existe un rapport entre une adénite amenée par irritation et l'engorgement pseudo-leucémique des ganglions. E. Wagner, dans trois cas d'anémie lymphatique accompagnés de prurigo, regarde ce rapport comme invraisemblable, parce que, dans ses cas, tous les ganglions lymphatiques dans la sphère desquels il existait du prurigo n'étaient pas envahis, et qu'il existait en outre une tuméfaction des ganglions lymphatiques des cavités du corps ainsi que des néoplasmes analogues dans la rate et dans le foie. Arning a signalé la coexistence du prurigo et de la pseudo-leucémie, tandis que Joseph regarde une éruption semblable à du prurigo qu'il a observée dans la maladie d'Hodgkin comme la suite d'une maladie générale, comme une forme spéciale de pseudo-leucémie de la peau et considère les cas de Wagner comme identiques au sien.

L'examen microscopique des papules serait le meilleur moyen de décider si cette hypothèse est juste ; Wagner dit que, dans les papules de prurigo et les néoplasmes ganglionnaires lymphatiques, il ne saurait être question d'une grande concordance à aucun point de vue. La difficulté est ici de décider si, en cas de coïncidence des deux maladies, le prurigo ou la pseudo-leucémie constitue le symptôme primaire. Mais l'auteur est d'autant plus disposé à regarder la maladie de la peau, en d'autres termes l'engorgement ganglionnaire qu'elle détermine comme la cause déterminante de

la pseudo-leucémie, qu'on a observé d'autres maladies de la peau, coexistant avec des engorgements ganglionnaires chroniques, comme un symptôme initial de la pseudo-leucémie. V. Reclinghausen a observé un cas de lichen ruber compliqué de pseudo-leucémie.

Comme Biesiadecki, Hochsinger et Schiff l'ont établi pour la leucémie, des tumeurs de ce genre peuvent, dans la pseudo-leucémie, survenir dans la peau directement comme métastases ou comme symptôme partiel de la maladie, ainsi que cela résulte des faits observés et décrits par Arning, Joseph et Köbner. Ce sont ces cas qui ont été décrits en France sous le nom de lymphadénie de la peau.

Il ressort des faits ci-dessus que les dermatoses qui déterminent d'ordinaire des engorgements ganglionnaires chroniques, indolents, sans aucune tendance à la suppuration, comme le prurigo, le lichen ruber, le pityriasis rubra, jouent un rôle dans l'anamnèse de la pseudo-leucémie et que ces engorgements surviennent avant la maladie générale ou à son début. Dans quelles conditions ces symptômes bénins se transforment-ils en lymphosarcomes ? ce point restera obscur tant qu'on ne connaîtra pas la nature de la pseudo-leucémie.

De l'étude des cas où l'on rencontre simultanément des maladies de la peau et de la pseudo-leucémie, abstraction faite de ceux dans lesquels les dermatoses n'étaient qu'une complication accidentelle, on peut conclure qu'une maladie peut être aussi bien la cause que la conséquence de l'autre. En réalité, la pseudo-leucémie se joint aux maladies chroniques de la peau qui déterminent des engorgements ganglionnaires indolents, et en ce sens aussi à la syphilis ; tandis que, d'autre part, on peut trouver dans la peau, à la suite d'une pseudo-leucémie antérieure, des dépôts métastatiques de lympho-sarcomes.

A. DOYON.

**Prurit.** — ARNSTEIN. Prurit nerveux rebelle guéri par l'antipyrine.  
(Gaz. Lekarska, 1894, n° 48.)

I. — Une jeune femme de 28 ans avait depuis trois mois un prurit très intense, ayant débuté par les téguments des organes génitaux, puis généralisé à tout le corps. Sauf une légère endométrite cervicale, il n'y avait aucun trouble viscéral ; pas d'éruption. Les frictions, onguents, bains, le fer et l'arsenic n'ont produit aucun effet. L'antipyrine a immédiatement soulagé la malade, et après une semaine de traitement par ce médicament (les doses ne sont pas indiquées) le prurit cessa définitivement.

II. — Femme de 66 ans, atteinte de prurit sénile, rebelle à tout traitement. L'antipyrine, à dose de 3 gr. par jour, amena la guérison en quinze jours.

L'auteur a institué ce traitement en se basant sur la communication faite par Blaschka au Congrès des dermatologistes à Berlin, de 1891.

S. BROÏNO.

**Prurigo de Hebra.** A. NEISSER. — Ueber Hebras'che Prurigo. (Med. Section der Schles. Gesellschaft f. Vaterl. Cultur.)

Il s'agit d'une petite fille de 6 ans, présentant les symptômes très

typiques du prurigo de Hebra. Ce cas est particulièrement intéressant pour deux raisons. En premier lieu, il constitue une exception à la règle de Hebra que tous les prurigos commencent dans la première année, au plus tard dans la deuxième année de la vie. Or chez cet enfant le début de la maladie remonte à trois semaines, de plus les lésions actuelles sont associées à un « exanthème aigu » qu'il est impossible de définir maintenant, et qui était accompagné de fièvre. En second lieu, on peut, dans ce cas, démontrer très nettement le caractère ortié des papules de prurigo. Neisser soutient depuis longtemps que le prurigo ainsi que l'urticaire sont des névroses de la peau, dans lesquelles des troubles de la sensibilité (paresthésies) et des troubles vaso-moteurs existent simultanément. Entre les pomphi typiques de l'urticaire ordinaire et les petites efflorescences du prurigo, l'auteur signale les différences suivantes: les pomphi ont leur siège dans les couches profondes de la peau, tandis que dans les efflorescences du prurigo ainsi que dans le lichen urticatus ou strophulus des enfants il semble y avoir des lésions plus superficielles et inflammatoires.

Relativement à la localisation spéciale du prurigo, particulièrement à l'absence de lésions au niveau des articulations, Neisser repousse l'hypothèse d'Auspitz qui attribuait cet état à la non-existence des grosses racines de poils et des muscles érecteurs des poils correspondants, et par suite à l'absence de la peau ansérine. En effet, les papules de prurigo ne correspondent pas aux saillies provoquées par la contraction des érecteurs des poils, ce sont au contraire de toutes petites papules d'urticaire. Cependant Neisser place, lui aussi, dans la différence anatomique ci-dessus la raison de l'intégrité ou de la maladie des différentes parties de la peau. Il est naturel d'admettre que le nombre beaucoup plus considérable des nerfs et des vaisseaux dans les régions velues et pourvues de nombreux muscles de la peau, jouent un rôle dans les troubles de la sensibilité ainsi que dans les processus vaso-moteurs.

Enfin la règle de Hebra, que le prurigo est incurable, n'est pas exacte pour tous les cas. Au début de cette affection, le pronostic dépend beaucoup de soins attentifs et du traitement de l'enfant. A. DOYON.

**Traitement du psoriasis.** — SEIFERT. Ueber die Behandlung der Psoriasis mit grossen Dosen von Iodkalium, nebst Bemerkungen ueber die Iodwirkung. (*Archiv. f. Dermatologie u. syphilis*, 1894, t. XXVII, p. 323.)

Les observations de l'auteur datent de 1888 et comprennent en tout 13 cas de psoriasis traités par l'iodure de potassium, sept hommes et six femmes, tous vigoureux et bien constitués.

Sur ces 13 cas, il n'y a eu que 4 cas de guérison complète, trois femmes et un homme.

La durée du traitement a été en moyenne de sept semaines et les doses d'iodure de potassium ont varié de 344 à 850 gr.

Malheureusement, dans ces cas, on n'a pas fait attention au moment où la métamorphose régressive des efflorescences a commencé à se produire.



D'ordinaire la régression commence au bout de quatre ou cinq semaines.

Il résulte de la lecture des observations de l'auteur que ces doses héroïques d'iode sont parfaitement tolérées; cette tolérance tient peut-être à ce que ces doses élevées ont une action diurétique et sont par suite plus rapidement éliminées que de petites doses qui sont sans action sur la diurèse.

L'auteur énumère ensuite les diverses manifestations de l'iodisme. Il n'a jamais observé de troubles nerveux aussi caractéristiques que ceux signalés par certains auteurs. Pour les manifestations cutanées de l'iodisme, il a adopté la classification de Brocq.

Il faut vraisemblablement rapporter à des troubles de circulation la manière dont se comporte la peau par rapport à l'iode de potassium. L'action de l'iode sur le système vasculaire ressort aussi bien des expériences sur les animaux que de l'observation clinique (v. les études expérimentales de G. Sée). Dans tous les cas, l'auteur a toujours noté une augmentation de la fréquence du pouls à certains jours, dans plusieurs cas aussi une élévation de la température. Ces cas rentreraient dans la même catégorie que ceux bien connus de Malachowski dans lesquels la fièvre résultait incontestablement de l'action de l'iode.

Dans le traitement hospitalier, pendant la médication iodée prolongée à doses croissantes, on observera fréquemment une légère fièvre iodée, pourvu que l'on fasse très régulièrement des déterminations exactes de la température et qu'on note la fréquence du pouls.

A. DOYON.

**Psoriasis.** — MÉNEAU. Médication du psoriasis par l'extrait du corps thyroïde. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1894, n° 23, p. 267.)

Méneau rapporte les observations de quatre cas de psoriasis traités à la clinique de Dubreuilh par l'ingestion de corps thyroïde (glande thyroïdienne en nature, ou extrait thyroïdien). Les résultats ont été nuls au point de vue de la lésion cutanée et il a fallu recourir aux traitements locaux classiques. Dans un cas, il s'est produit des troubles généraux (fièvre, nausées, diarrhée) à trois reprises différentes après l'ingestion du corps thyroïde en nature, et la malade a refusé de continuer le traitement.

GEORGES THIBIERGE.

**Sueurs des pieds.** — NEEBE. Beitrag zur Behandlung der Schweissfüsse. (*Monatshefte f. prak. Dermatologie*, 1894, t. XVIII, p. 125.)

Les méthodes employées contre cette affection peuvent se répartir en quatre groupes :

1° L'emploi de chaussures favorisant l'évaporation de la sueur ; sous ce rapport les bottines de tissu méritent la préférence.

2° Les médicaments ayant une action siccative chimique ;

a) L'alcool additionné de tanin, d'alun, de naphтол ;

b) Les substances suivantes sous forme de poudre : talc salicylé ; un mélange d'acide salicylique, d'alun et de talc ; d'amidon, de tanin et d'acide salicylique ; de l'acide pyrotartrique pulvérisé ; enfin le soufre ;

c) Une solution d'acide chromique de 5 à 10 p. 100.

d) Le chlorure de fer dans de la glycérine.

Parmi ces préparations, celles qui ont la vogue sont les badigeonnages avec l'acide chromique et la *Militärschweisspulver* (acide salicylique, amidon et talc) ; cette poudre a été très notablement améliorée par l'addition d'acide salicylique jusqu'à 50 p. 100 et par une addition de tanin, d'alun, etc.

3<sup>e</sup> Hebra regardait la desquamation complète de la couche cornée de la plante des pieds comme une condition *sine qua non* de la guérison. Mais cette méthode était trop compliquée ; d'autre part, dans beaucoup de cas elle ne donnait pas de résultats.

4<sup>e</sup> L'auteur cite un remède dont la composition n'a pas été donnée et qui est connu sous le nom de *liquor antihidorrhoeicus* (1), qui produirait la desquamation de la couche cornée d'une manière plus certaine et répond mieux à toutes les exigences de la pratique que la pommade diachylon de Hebra.

Des essais faits, pendant cinq ans, par le Dr Neebe avec de l'acide chlorhydrique ordinaire lui ont donné absolument les mêmes résultats que la liqueur ci-dessus.

Voici le procédé de l'auteur : si les pieds sont blessés et très délicats, principalement au début de la cure dans la saison chaude, il fait d'abord pendant huit à dix jours poudrer les chaussettes avec la *Militärschweisspulver*. Il fait prendre le soir un bain de pieds dans un vase en porcelaine ou en faïence dans lequel on verse l'acide chlorhydrique de manière à ce que la plante des pieds soit entièrement recouverte. La durée du bain est de dix minutes. Après le bain, on lave, dans un bain savonneux chaud, les pieds et surtout soigneusement les espaces interdigitaux. Si pendant le bain il survient des douleurs il faut interrompre immédiatement le bain et appliquer de la pommade sur les points douloureux jusqu'à complète guérison. On prescrit un bain deux fois chaque semaine, durant cinq à huit semaines ; ensuite plus rarement.

Pour les malades très impressionnables, on ajoutera 25 p. 100 d'eau, et après quelques bains on passe à l'acide chlorhydrique ordinaire non étendu.

Chez les malades qui trouvent cette méthode de bains trop compliquée, Neebe fait pratiquer chaque matin des badigeonnages sur la plante des pieds et dans les espaces interdigitaux, avec une solution alcoolique de nitrate d'argent à 10 p. 100, jusqu'à la chute complète de la couche cornée de ces parties.

Ce procédé lui a donné de meilleurs résultats que l'acide chromique.

A. DOYON.

(1) Cette liqueur serait, d'après l'ouvrage de MM. Hahn et E. D. J. Holfert sur les spécialités et les remèdes secrets, une solution de 25 p. 100 d'acide chlorhydrique avec 25 p. 100 d'alcool, environ 1 p. 100 de glycérine, une petite quantité de chloral et des traces de sel ammoniac.

**Trichorrhexie des cheveux.** — MENAHEM HODARA. Ueber die Trichorrhexis des Kopfhaares der Konstantinopeler Frauen (*Monatshefte. f. prakt. Dermatologie*, 1894.)

La trichorrhexie est une affection très répandue et de plus en plus fréquente chez les femmes et les filles de Constantinople. Elle est caractérisée : 1° par la production de petits points grisâtres très fins à l'extrémité du cheveu ; 2° par la division des cheveux en plusieurs fibres.

Ces petits points blancs sont moins volumineux et moins faciles à reconnaître que les nodosités de la trichorrhexie noueuse de la barbe que l'on observe si fréquemment en Europe, et qui, par contre, sont relativement rares à Constantinople. Habituellement, on compte de un à trois de ces points. Au niveau des parties atteintes, le cheveu se recourbe très légèrement et forme un angle aigu au sommet duquel se trouve la petite nodosité blanche. Le cheveu se casse en ce point très facilement, à la plus légère traction, ou même spontanément. La production de ces petites nodosités commence à la pointe du cheveu et s'étend ensuite du côté de la racine.

Le second symptôme de cette trichorrhexie est la division des cheveux ; elle se produit de plusieurs manières. Le plus souvent, elle a lieu près de l'extrémité ; les cheveux se divisent en deux ou trois faisceaux plus ou moins volumineux, ou bien les divisions alternent de sorte que le cheveu ressemble à un arbre avec ses ramifications. D'autres fois, la division ne se produit qu'au niveau des petits points blancs ; on a encore observé d'autres modes de division. Sur les fibrilles divisées, on trouve fréquemment une, deux, et même plus, de ces petites nodosités. De même que ces dernières, on ne rencontre pas cette dilacération à plus de 10 à 12 centim. de l'extrémité libre du cheveu. Cette affection persiste pendant des années.

Jamais les cheveux ne tombent avec la racine, mais ils se cassent au niveau des nodosités, et comme il s'en forme de nouvelles, les cheveux se raccourcissent de plus en plus. L'auteur n'a jamais observé cette affection sur la barbe ou les cheveux de l'homme.

A l'examen microscopique, Menahem Hodara a toujours trouvé un petit bacille en forme de bâtonnet, à extrémités légèrement arrondies, long de 0,8 à 1,5  $\mu$  et large de 1/3  $\mu$ . Cet organisme est constamment entouré d'une zone claire de 1/2  $\mu$  de largeur, et d'une membrane colorée très délicate. Ce bacille a des formes de croissance très spéciales, intéressantes et caractéristiques ; on les rencontre réparties très irrégulièrement sur les cheveux ; elles sont très nombreuses et très variées. Au moyen de cultures, l'auteur a pu constater que toutes les productions qu'il a trouvées appartiennent bien aux différentes périodes de développement d'un seul et même organisme.

Les différentes variétés de cet organisme sont réparties sans régularité sur les cheveux atteints de trichorrhexie. On les trouve en plus grand nombre dans les parties dilacérées des cheveux, qui apparaissent, comme il a été dit, sous forme de petits points blancs.

L'auteur indique ensuite les différents procédés qu'il a employés pour obtenir des cultures pures du bacille de la trichorrhexie. Il propose de désigner ce micro-organisme sous le nom de « *bacillus multiformis trichor-*

*rhexidis* ». Menahem Hodara a fait avec ces bacilles des essais d'inoculation qui lui ont donné les résultats suivants : il a, avec une culture de ce bacille sur de la gélatine, préalablement liquéfiée, frotté les cheveux d'une jeune fille de 15 ans, notamment leur extrémité libre et en quelques points aussi des parties rapprochées de la racine, et au bout de trois jours on pouvait apercevoir çà et là sur les cheveux de très petits points grisâtres à peine reconnaissables. Au bout de six jours, on constatait au microscope, dans les parties où la petite nodosité était cliniquement distincte, que le cheveu était divisé en quelques fibrilles. L'auteur n'a trouvé sur les cheveux inoculés que les différentes formes du bacillus multiformis, et jamais la trace d'un autre champignon. D'après ce qui précède il faut donc admettre que la trichorrhexie en question est bien une maladie parasitaire, contagieuse.

Mais il reste à savoir si cette forme est identique à la maladie des cheveux connue en Europe sous le nom de trichorrhexie noueuse, et que jusqu'à présent on a observée dans la barbe. Mais les parties du cheveu situées entre deux nodosités sont irrégulièrement divisées ; tandis que dans la trichorrhexie noueuse cette portion du cheveu, celle qui se trouve entre les nodosités trichorrhexiques, ne serait pas modifiée, d'après la description de Kaposi. Menahem Hodara considère donc, pour le moment, ces deux affections comme distinctes l'une de l'autre. A. DOYON.

**Tuberculose de la peau.** — DOUTRELEPONT. Beitrag zur Hauttuberculose. (*Archiv. f. Dermatologie und Syphilis*, 1894, t. XXIX, p. 211.)

L'auteur décrit un premier cas de tuberculose de la peau, dans lequel les symptômes cliniques portaient à diagnostiquer un mycosis fongoïde ou une sarcomatose de la peau.

I. Petite fille de 6 ans, bien portante jusqu'à il y a deux ans. A cette époque, elle eut la rougeole, l'éruption aurait envahi tout le corps, et c'est pendant cette période que la maladie actuelle se serait développée. La peau de la lèvre supérieure est transformée en une tumeur qui pénètre dans les fosses narines dont l'orifice est par suite presque complètement bouché ; la muqueuse de la lèvre est indemne, il en est de même de celle du nez. Tumeurs analogues sur le menton, la nuque, le tronc et les membres ; en tout 29 tumeurs de forme en général arrondie, nettement limitées, de volume variable ; les plus petites sont formées par une infiltration uniforme, circonscrite, lisse ; elles sont peu proéminantes tandis que les plus grosses font une saillie au-dessus de la peau environnante, paraissent ridées et sont recouvertes de croûtes ou de squames ; toutes ces tumeurs ont une surface lisse, seules celles ayant leur siège sur les mains présentaient après l'enlèvement des croûtes et des squames, une structure papillaire mal caractérisée.

Nulle part il n'existe d'ulcérations, de cicatrices ou de traces de papules à la surface des tumeurs ou dans leur voisinage.

Toutes ces tumeurs sont mobiles. Les ganglions lymphatiques sont presque partout peu engorgés et légèrement sensibles à la pression.

L'amygdale droite est hypertrophiée, la muqueuse buccale est du reste normale. Toux, mais sans expectoration ; la percussion et l'auscultation ne révèlent rien d'anormal.

Pas d'antécédents héréditaires de tuberculose. Les injections de tuberculine, par la réaction locale qu'elles produisirent, permirent de reconnaître la nature du processus. L'examen histologique et l'inoculation de fragments de tumeur dans la chambre antérieure de l'œil de deux lapins, confirmèrent le diagnostic. Il se développa, en effet, autour du point injecté, une tumeur constituée par une infiltration de petites cellules, de cellules épithélioïdes et de cellules géantes ; très nombreux bacilles tuberculeux ; les poumons des deux animaux étaient aussi tuberculeux.

II. L'auteur décrit ensuite très en détail un cas de lupus hypertrophique compliqué de lymphangiome chez un homme de 29 ans.

III. Le troisième cas concerne un homme de 27 ans qui, quatre semaines après un coït, présenta un ulcère du sillon coronaire avec engorgement douloureux des ganglions inguinaux des deux côtés. L'ulcère guérit rapidement, il en fut de même du bubon du côté droit, tandis qu'il fallut inciser celui du côté gauche. Au début, la guérison parut suivre une marche favorable, mais ensuite la plaie résultant de l'incision ne guérit pas, les bords se transformèrent en ulcères qui s'étendirent de plus en plus, principalement sur la face antérieure de la cuisse, quelques proliférations avec surface papillaire. Il est facile de constater que les ulcères sont le résultat de la nécrose de papules plus volumineuses, ils ont une forme arrondie ou ovale ; entre eux se trouvent de minces brides cutanées.

Ces ulcères, à marche serpigineuse, avec cicatrices au centre, faisaient penser à la syphilis tertiaire, mais des injections de tuberculine déterminèrent une réaction locale ; de plus, l'examen histologique de fragments excisés montrent les signes de la tuberculose : cellules géantes entourées de cellules épithélioïdes et, tout autour de ces foyers, des amas de leucocytes. Quant aux bacilles tuberculeux, on ne les trouvait qu'en petit nombre et isolés.

Il ne s'agit pas dans ce cas d'un lupus, car l'auteur n'a jamais vu de granulations typiques, pas même dans les cicatrices ; au début, le processus tuberculeux évolua dans le tissu sous-cutané par l'intermédiaire duquel le derme a été infiltré, on a donc affaire ici à un scrofuloderme, à des gommes tuberculeuses. Comme le malade était d'ailleurs un homme sain, chez lequel on ne trouvait pas de symptômes de tuberculose, il faut admettre une tuberculose par inoculation dans laquelle les bacilles seraient arrivés dans la plaie du bubon. Mais comment cette infection a-t-elle pu se produire ? A ce sujet, on n'a pas de point de repère.

A. DOYON.

**Xérodémie pigmentaire.** — DE AMICIS. Zwei neue Fälle von Xeroderma pigmentosum in ein und derselben Familie. (*Berl. klin. Wochens.*, 1894, p. 467.)

Il s'agit de deux frères, âgés l'un de 6 ans et l'autre de 4 ans, de parents sains. Le premier à l'âge de 8 mois, le second à un an présen-

tèrent, à la face, au cou, sur le dos des mains et sur le tiers inférieur de l'avant-bras, de nombreuses taches, les unes rougeâtres et télangiectasiques, d'autres en forme de lentille, pigmentées, d'autres encore un peu plus grandes, noir jaunâtre et noir foncé. En même temps, points atrophiques et cicatriciels, infiltration du bord palpébral, ectropion.

La peau est sèche, parcheminée, en desquamation. Chez le plus âgé de ces enfants, il survint, à l'âge de 5 ans, sur la face une éruption de tumeurs semblables à des champignons du volume d'un pois à celui d'une amande. En même temps le nez devint pointu et les ailes du nez s'atrophierent; chez le second, les mêmes symptômes se produisirent à l'âge de 3 ans.

En outre, les deux petits malades présentaient une augmentation notable des épiphyses des os des mains.

L'examen du sang et des tissus a été négatif relativement aux microbes. Les coupes des néoplasmes ont montré qu'ils consistaient en un tissu très vasculaire, avec traînées épithéliales disséminées qui se présentent comme des épithéliomes lobulaires ou tubuleux avec de nombreuses cellules en voie de dégénérescence. Il faut donc admettre qu'il s'agit dans ce cas d'une anomalie congénitale dans la nutrition de la peau, dont la pathogénèse est encore inconnue.

A. DOYON.

**Xérodermie pigmentaire.** — SCHÜTTE. Xeroderma pigmentosum. (*Dermatologische Zeitschrift*, t. I, p. 429.)

L'auteur a eu l'occasion d'observer à la clinique du professeur Lassar quelques cas de cette rare affection. En premier lieu, il s'agit de trois cousines; les pères et mères et autres parents ont toujours été bien portants, jamais de maladies de la peau. La plus âgée a été atteinte depuis sa plus tendre jeunesse de cette affection. A l'âge de 13 ans, elle a eu des épithéliomes typiques; ils furent enlevés par le professeur Köbner en 1893. Mais en 1894, il s'est développé sur la paupière supérieure droite un nouveau néoplasme qui s'ulcéra au bout de peu de temps. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un cancroïde typique; il fut détruit à l'aide du galvano-cautère. La plaie guérit lentement et jusqu'à présent il ne s'est pas produit de récurrence dans la cicatrice. L'état général est satisfaisant. Il en est de même chez les deux plus jeunes sœurs. Elles présentent aussi la forme typique de l'affection: la face, le cou, la surface de flexion des mains et des avant-bras sont recouverts de taches confluentes, foncées, semblables à des éphélides entre lesquelles la peau est légèrement atrophiée. Chez ces deux sœurs, bien que la maladie existe depuis la plus tendre jeunesse, il n'est pas encore survenu de néoplasme; l'état général reste bon.

Il en est autrement dans un quatrième cas. Il s'agit d'un jeune marin, âgé de 23 ans, qui aurait toujours été bien portant. Il a eu autrefois de nombreuses éphélides. Sa maladie actuelle a commencé il y a environ un an. Pendant un voyage sur mer, il lui vint, sur le côté gauche du nez, près de la commissure palpébrale interne, une toute petite papule. Cette papule à un moment donné augmenta rapidement de volume. Actuellement toute la moitié gauche du visage est envahie par une tumeur semblable à un



chou-fleur. Les bords de cette tumeur, en grande partie formés de peau normale, sont saillants de 3 à 4 centim. au-dessus des parties voisines.

L'intérieur de la tumeur est nécrosé, ulcéré, et forme un entonnoir profond, rempli de masses légèrement sanguinolentes, corrompues et fétides. Sur la paupière inférieure droite, il y a une autre tumeur également nécrosée et ulcérée, et une troisième sur le côté droit du front, près de celle décrite en premier lieu. Une autre tumeur non en voie de nécrose existe près de la commissure buccale droite. A l'examen microscopique, on constata qu'on avait affaire à un carcinome. Deux des sœurs de ce malade sont atteintes de la même affection. Il existe aussi chez elles, depuis l'enfance, sur le visage et les mains, des taches foncées semblables à des éphélides. Jusqu'à présent, il n'est pas survenu de tumeurs, pas de troubles non plus de l'état général.

Ce malade est mort dix jours après son entrée à la clinique. Toute intervention chirurgicale avait été impossible.

A. DOYON.

## REVUE DES LIVRES

Professeur NEISSER. — *Bibliothèque médicale. Section de dermatologie et de syphiligraphie.* In-4°, Cassel 1894, chez Fischer et C<sup>ie</sup>.

Nous venons de recevoir les deux premiers fascicules d'une bibliothèque dermato-syphiligraphique publiée sous la direction de M. le professeur A. Neisser. Ces monographies seront accueillies avec empressement par tous les dermatologistes ; elles constituent — à en juger par les deux premières livraisons — un exposé complet et très précis de chaque question.

Le premier fascicule est consacré à l'étude de la *Psorospermose* (Darier). *Kératose hypertrophique généralisée*, par le Dr E. SCHWIMMER (avec une planche coloriée).

Dans cette monographie l'auteur expose la pathogenèse, les caractères cliniques qu'il étudie dans les plus grands détails, l'anatomie pathologique, l'état histologique et le traitement de cette affection. Dans le cours de cette étude, il donne la description d'un cas typique de psorospermose qu'il a eu l'occasion d'observer pendant longtemps à sa clinique.

Quant à la nature de cette affection, l'auteur est d'avis que les corps ronds décrits par Darier ne sont pas de nature parasitaire et qu'on doit les regarder comme des cellules épithéliales kératinisées d'une manière anormale, et qui donnent par suite à la maladie un caractère spécial.

Le second fascicule de cette série contient une étude de la *lèpre au point de vue clinique et anatomo-pathologique*, par les Drs ARMAUER HANSEN et CARL LOOFT (avec trois planches coloriées).

C'est une étude complète de la lèpre qui, en raison des recherches personnelles des auteurs dont les travaux font autorité en cette matière, mérite d'être lue par tous les spécialistes.

Leurs premiers ouvrages sur cette maladie ont été publiés en langue norvégienne et sont par suite restés inconnus pour la plupart des médecins, aussi ont-ils pensé devoir donner dans cette monographie un résumé de leurs recherches antérieures qui reposent sur de nombreuses observations.

Après avoir rappelé les travaux de Danielssen et Bøck, les auteurs décrivent en premier lieu la *lèpre tubéreuse*.

De toutes les complications, la plus fréquente est incontestablement la tuberculose ; même avant la découverte du bacille, la distinction entre les deux maladies ne présentait pas de grandes difficultés. Vient ensuite une description très minutieuse de la structure des lépromes.

*Lèpre maculo-anesthésique.* — Cette forme de lèpre a été bien décrite par Danielssen et désignée par lui sous la dénomination de lèpre anesthésique ; mais comme les macules, ainsi que l'a démontré Danielssen, jouent un rôle important et constant dans l'évolution de la maladie, les auteurs ont préféré le nom de maculo-anesthésique qui a l'avantage de comprendre

les deux symptômes les plus frappants de cette variété de lèpre; ils repoussent la dénomination de lèpre des nerfs, employée par quelques observateurs. Ce sont les nerfs qui sont le plus particulièrement affectés, et le plus souvent la névrite domine le tableau morbide, toutefois l'affection de la peau est une maladie bacillaire qui précède la névrite ou marche parallèlement avec elle. Cette maladie de la peau n'est pas une trophonévrose, comme bon nombre d'auteurs l'ont cru; c'est là un point que les auteurs actuels ont démontré par la constatation des bacilles dans les taches lépreuses récentes et même très anciennes.

Le chapitre suivant est consacré à l'anatomie pathologique de la lèpre maculo-anesthésique, avec un tableau synoptique de 36 nécropsies de lépreux atteints de cette variété de lèpre.

Le diagnostic des deux variétés de la maladie ne présente pas habituellement de difficultés sérieuses. Quant au pronostic il est très différent dans les deux variétés; toutes les deux sont curables, attendu que les produits lépreux peuvent disparaître sans qu'il en survienne de nouveaux. En ce qui concerne la lèpre tuberculeuse la guérison est très rare, tandis qu'au contraire la forme maculo-anesthésique guérit généralement.

Quant à l'étiologie, Armauer Hansen et Looft partent de ce point de vue que la lèpre est une maladie provoquée par le bacille lépreux, bien que la démonstration ne soit pas encore faite d'une façon rigoureusement scientifique, puisqu'on n'a pas réussi jusqu'à présent à transmettre la lèpre aux animaux ou à l'homme. Toutes les inoculations de lèpre à des lapins, faites par Holst dans le laboratoire de l'hôpital de Lungegaard, sont restées sans résultat.

Les auteurs démontrent par de nombreuses statistiques que, en Norvège, l'isolement des malades a déterminé la diminution de la lèpre. C'est là la meilleure preuve de sa contagiosité.

Il n'existe pas de remède spécifique; jusqu'à présent on n'a pas réussi à tuer le bacille et à empêcher des éruptions. Mais il est probable que les conditions hospitalières, une bonne nourriture, des bains et une hygiène appropriée, peuvent favoriser la guérison. Le point important c'est la prophylaxie, et comme la maladie se transmet difficilement, les règlements contre son expansion sont des plus simples.

A. DOYON.

NEISSER. — *Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft*. Vierten Congress. 1 vol. in-8 avec 26 planches, 12 tableaux stéréoscopiques et 21 dessins dans le texte.

Ce volume de plus de 700 pages comprend tous les travaux et discussions de la quatrième session de la Société allemande de dermatologie. Le nombre des communications, pendant les trois jours qu'a duré le Congrès, a été considérable (81); et même le temps a-t-il manqué pour la lecture de quelques travaux; ils figurent dans ce volume. Les discussions qui ont suivi montrent l'activité scientifique qui a régné dans ces réunions et

donnent bien la physionomie du Congrès. Nous en avons publié précédemment un court résumé dans les Annales, mais il y aura tout avantage pour les spécialistes à relire in extenso la plupart de ces travaux. Ce livre est un témoignage incontestable du succès qu'a eu le dernier Congrès; une bonne part de ce brillant résultat revient au professeur Neisser qui en était le zélé et distingué président, et qui, avec ses collègues et notamment M. le Dr Jadassohn, a pris en mains la rédaction de ce volume. M. Neisser, dans sa préface, fait de nouveau en quelques mots ressortir l'utilité des congrès; ils ont entre autres avantages celui de créer des relations personnelles, de faire disparaître des préjugés souvent artificiels qui existent entre les directions et les écoles différentes.

Les nombreuses photographies et dessins qu'on y a ajoutés sont en général très bien réussis et permettent de se rendre compte plus exactement des descriptions contenues dans le texte.

Le volume se présente très bien, il est renfermé dans un élégant cartonnage et fait honneur à ceux qui ont présidé à sa publication et nous félicitons vivement M. le professeur Neisser d'avoir ainsi mené à bien une tâche qui ne doit pas toujours être facile.

A. Doyon.

## NOUVELLES

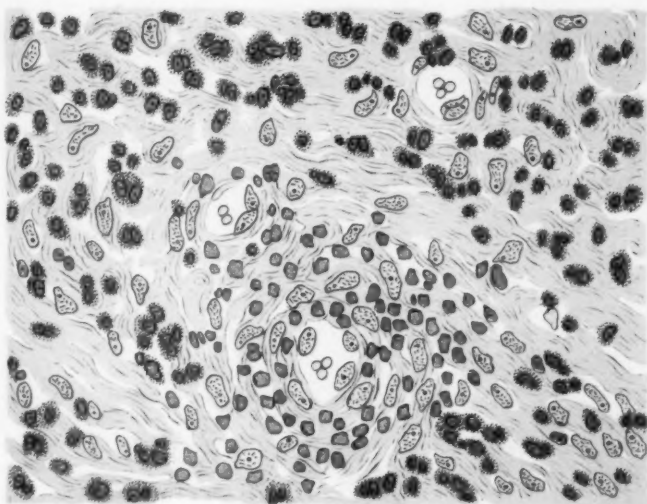
### Clinique dermatologique à Moscou.

Le 1<sup>er</sup> mars a eu lieu à Moscou l'inauguration solennelle de la clinique universitaire, nouvellement construite pour les maladies de la peau. A cette occasion, le directeur de la clinique, professeur POSPELOW, a prononcé un discours sur l'histoire des cliniques pour les maladies de la peau en Russie. Ce nouvel institut, dû aux dons du riche moscovite Ssolodonikow, contient soixante lits et suffirait à tous les desiderata relativement à l'installation et à l'organisation. Dans les années qui ont suivi 1870, il n'y avait en Russie qu'une clinique pour les maladies de la peau. Ce n'est que plus tard qu'une place de privatdocent fut créée à Moscou pour ce genre d'affections, mais sans clinique. Pour l'enseignement clinique des dermatoses on avait utilisé jusqu'alors une section de l'hôpital municipal des ouvriers. (*Wien. Klin. Woch.*, 1895, p. 304.)

### Nomination.

M. le Dr E. JACOBI, privatdocent, a été nommé professeur extraordinaire de dermatologie à l'université de Freiburg.

Le Gérant : C. MASSON.



Un

#### VAISSEAUX DU RÉSEAU SOUS-PAPILLAIRE.

Le plus gros est entouré d'un amas lymphocytaire. A distance apparaissent les éosinophiles qui infiltrent le tissu.

Coloration par l'hémateine et l'aurantia.

NU



